



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**JOANA MOREIRA OREANO**

**A NÃO UTILIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO SOB A**  
**ÓTICA DAS USUÁRIAS DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA**

**FLORIANÓPOLIS**

**2012**

**JOANA MOREIRA OREANO**

**A NÃO UTILIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO SOB A  
ÓTICA DAS USUÁRIAS DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, inserido no contexto do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) e na linha de pesquisa “O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Orientadora: Dra. Odaléa Maria Brüggemann

**Florianópolis**

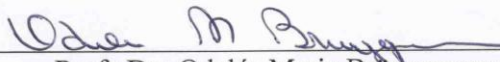
**2012**

JOANA MOREIRA OREANO


**A NÃO UTILIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO  
PARTO SOB A ÓTICA DAS USUÁRIAS DE UMA  
MATERNIDADE-ESCOLA**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

  
Profª Dra Odaléa Maria Brüggemann

  
Msc. Eli Rodrigues Camargo Siebert

  
Dda Michele Ediane Gayeski

Florianópolis, 02 de julho de 2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

**DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso – **A não utilização de boas práticas na atenção ao parto sob a ótica das usuárias de uma maternidade-escola** - faz parte das atividades curriculares do Curso de Graduação, inserido na 8ª fase – na Disciplina: INT 5162 - Estágio supervisionado II. Foi realizado durante as atividades assistenciais desenvolvidas no Centro Obstétrico do HU/UFSC, a partir dos dados de um macro-projeto de pesquisa intitulado "A Filosofia da Maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos", coordenado pelas professoras Odaléa Maria Brüggemann e Marisa Monticelli.

A aluna Joana Moreira Oreano demonstrou interesse pelo tema, sendo que aprofundou seus conhecimentos durante a elaboração do projeto de pesquisa que originou esse recorte do macro-projeto. Conseguiu superar as dificuldades, que são esperadas durante um processo investigativo realizado em nível de graduação, especialmente na análise e discussão dos dados. Participou desde o esboço inicial da proposta até a socialização dos resultados na Disciplina/Curso e na Maternidade do HU/UFSC.

Os achados do estudo trarão contribuições para o cenário de cuidado no qual foi desenvolvido, pois permitirão que sejam elaboradas estratégias para implementar as boas práticas obstétricas que ainda não estão sendo plenamente realizadas.

Florianópolis, 06 de julho de 2012

Profª Odaléa Maria Brüggemann - Orientadora

## DEDICATÓRIA

*A Andréa Zomer (in memorian), madrinha querida, e  
que teve grande importância na jornada até aqui.*

*Saudades imensas...*

*A minha mãe Graça pela guerreira que é, e por  
buscar me propiciar sempre o melhor. Obrigada por tudo.*

*Te amo!*

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ter cedido a minha vontade de vir para Florianópolis fazer o curso que escolhi, e que sempre fez de tudo para que eu chegasse até aqui.

À minha irmã Gisele, que assim como minha mãe fez o possível para que eu chegasse até aqui. Pelos conselhos dados, pelas conversas, e por ter nos dado nosso tesouro, Arthur. Te amo mana!

A toda minha família que esteve presente durante os anos de graduação, me apoiando sempre que necessário.

À professora Dra. Odaléa Maria Brüggemann, que mostrou uma paciência imensa comigo, sabendo me conduzir com muita competência e tranquilidade para que eu conseguisse chegar até o final. Muito obrigada pela dedicação.

Às enfermeiras supervisoras, Eli Rodrigues Carmargo Siebert e Nezi Maria Martins. Obrigada pela recepção, acolhida, paciência, pela compreensão e pelo compartilhamento de conhecimentos e confiança, foram de grande importância para o meu crescimento profissional durante esse período de estágio. Agradeço também as enfermeiras Dionice Furlani, Sônia Costa Saldias Palácios e Ana Maria Mendes, que mesmo sem a obrigação da supervisão, sempre se mostraram dispostas a ajudar e me trataram muito bem.

Aos membros da Banca, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Odaléa Maria Brüggemann, Msc. Eli Rodrigues Camargo Siebert e Dda. Michele Ediane Gayeski, pela disponibilidade em prontamente aceitarem o convite para contribuir com este trabalho.

À Dda. Manuela Beatriz Velho, pela ajuda, disponibilidade e por todos os conhecimentos compartilhados para a realização deste trabalho.

A toda equipe do CO/HU pela orientação, paciência e ensinamentos nesse período de estágio.

A todos os colegas da turma 08.2 pelo convívio durante os quatro anos, e que nesse semestre se mostraram sempre dispostos e presentes para o que eu precisasse.

A todos os meus amigos que estiveram comigo durante todos os anos de faculdade e também aos que chegaram durante essa jornada. Em especial às minhas amigas Aline Cunha, Aline Pires, Camila Caleffi, Josilene Bernardo, Juliana Souza, Laila Drago, Maria Tereza Calage e Mariana Sifroni Farias. Obrigado pelo apoio, pelas palavras de incentivo, pela paciência e por acreditarem em mim mesmo quando eu não acreditava. Amo vocês!

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

**OREANO, J. M. A não utilização de boas práticas na atenção ao parto sob a ótica das usuárias de uma maternidade-escola.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 59 p.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dra. Odaléa Maria Brüggemann

Linha de Pesquisa: O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido

## **RESUMO**

As práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e amparadas pelas evidências científicas, têm sido, de maneira geral, nominadas como boas práticas para a assistência ao parto. No entanto, muitas delas ainda não são utilizadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, em muitos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo identificar os motivos da não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das usuárias de uma maternidade-escola. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado a partir de um recorte do macro-projeto de pesquisa “A Filosofia da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos” desenvolvido na referida maternidade, de outubro de 2008 a janeiro de 2010. Foram entrevistadas 310 puérperas no alojamento conjunto, nas primeiras 12-24 horas de pós-parto. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, por meio de entrevista. As perguntas abertas possibilitaram que as puérperas expressassem sua opinião sobre o atendimento recebido. Os dados selecionados para serem analisados no presente estudo, são relativos às usuárias que não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto (26), parto (40) e pós-parto (22); foram submetidas à restrição de alimentos sólidos ou líquidos durante trabalho de parto (156); não deambularam ou não se movimentaram durante o trabalho de parto (62) e não tiveram contato pele a pele imediato com o seu recém-nascido (27). Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, utilizando as etapas: pré-análise, com organização do material; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os motivos relatados pelas mulheres para não terem tido acompanhantes foram diversos: não deu tempo do acompanhante escolhido chegar à maternidade antes do nascimento, algumas não quiseram acompanhante ou ele não estava disponível. Quanto à restrição de alimentos e líquidos, elas relataram que não receberam informações dos profissionais sobre a dieta ou eles não ofereceram; não tiveram vontade; possuíam receio de vomitar; e não puderam comer, pois iriam ser submetidas à cesariana. A não deambulação e movimentação foram porque elas não quiseram, devido a dor ou por indicação obstétrica. Grande parte das entrevistadas não tiveram contato pele a pele precoce com o seu recém-nascido, pois os profissionais priorizaram a realização dos cuidados imediatos, algumas delas referiram que as intercorrências maternas e neonatais foram impeditivas. A não utilização de algumas das boas práticas obstétricas, especialmente a alimentação e o contato pele a pele, estiveram mais relacionadas com as atitudes profissionais. As demais foram devido à indisponibilidade do acompanhante e por decisão da mulher.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto. Parto humanizado. Avaliação de serviços de saúde. Enfermagem obstétrica.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
2.1 O ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS- PARTO.....	12
2.2 OFERECIMENTO DE LÍQUIDOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO .....	14
2.3 LIBERDADE DE POSIÇÃO E MOVIMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	16
2.4 CONTATO IMEDIATO ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO LOGO APÓS O NASCIMENTO .....	17
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
5.1 ARTIGO – A não utilização de boas práticas na atenção ao parto sob a ótica das puérperas de uma maternidade-escola.....	24
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>45</b>
ANEXO A – ARTIGO: FILOSOFIA ASSISTENCIAL DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES USUÁRIAS. ....	46
ANEXO B – FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA .....	57
ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....	58



## 1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 40, com intensificação da institucionalização do parto, esse processo que era natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado sem privacidade. A mulher deixou de ser a protagonista do processo parturitivo, sendo submetida a normas e intervenções aparentemente seguras, sem o seu consentimento (MOURA et al., 2007).

Em 1985, foi realizada, a Conferência sobre Tecnologia apropriada para o Parto com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e os escritórios regionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa e Américas, em Fortaleza/CE. Esse encontro foi um marco no início do processo de mudança das práticas obstétricas, tendo como resultado um relatório nominado - a Carta de Fortaleza. Nessa, são recomendadas práticas como a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes e a abolição de outras como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia de rotina e a indução do parto. Também ressalta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão em países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 15% e afirma que nada justifica taxa maior do que esta (WHO, 1985).

No Brasil, a assistência obstétrica é caracterizada pelo excesso de intervenções no parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2007). Isso não é congruente com o preconizado pelas diretrizes da OMS, já em 1985, para a assistência ao parto, ou seja, que para ter mães e crianças saudáveis, deve-se utilizar o menor número possível de intervenções (WHO, 1985).

A implementação dessas intervenções no processo fisiológico do parto, é questionável quanto necessidade e eficácia de algumas práticas obstétricas. Preocupada com essa realidade, a OMS publicou em 1996, recomendações para a atenção ao parto normal, classificando essas práticas em quatro categorias: A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, C – Práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão, D – Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Dentre as práticas que devem ser estimuladas (categoria A), estão: oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto; métodos não invasivos e não farmacológicos

para de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; fornecer, às mulheres, todas as informações e explicações que desejarem; entre outras (OMS, 1996).

As práticas obstétricas têm sido avaliadas em revisões sistemáticas desde 1979, Ano Internacional da Criança, quando foi criado um Comitê Europeu que tinha como objetivo estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. A partir daí vários grupos, apoiados pela OMS, se organizaram para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto. Então iniciou-se uma colaboração internacional que desenvolveu uma metodologia de revisão sistemática, dando origem ao movimento pela Medicina Baseada em Evidências (MBE)(DINIZ, 2005).

A MBE é uma proposta assistencial e pedagógica que foi desenvolvida na década de 1980, no Canadá. Ela busca completar a lacuna entre a pesquisa e a prática correta, por meio das evidências que embasam as condutas e procedimentos. O início desse movimento é atribuído ao epidemiologista Dr. Archie Cochrane. Na medicina perinatal, a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados foi publicada em 1989 por Chalmers et al. e na forma eletrônica foi a *Oxford Database of Perinatal Trials*. Em 1992 foi criado o projeto *Cochrane Collaboration*, que apresenta as revisões de ensaios clínicos controlados na área de saúde (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

As práticas recomendadas pela OMS e as amparadas pelas evidências científicas, têm sido, de maneira geral, nominadas como boas práticas para a assistência ao parto.

Revisão de literatura sobre as evidências disponíveis para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto aponta que procedimentos como jejum, tricotomia e enteróclicse devem ser evitados, uma vez que não existem evidências para sua utilização, assim como o manejo ativo do trabalho de parto com ocitocina e aminiotomia de rotina. Já as práticas classificadas pela OMS na categoria A, como a deambulação, reduzem efetivamente a dor do trabalho de parto, assim como massagens e a presença do acompanhante, de escolha da parturiente. Dessa forma, devem ser inseridas na assistência ao parto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Em 2011 foi lançado um novo programa do Ministério da Saúde do Brasil - a Rede Cegonha, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Esse programa visa também garantir a aplicação das boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2011a).

Mesmo com evidências científicas apoiando a implementação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto, algumas delas ainda não são utilizadas. Estudo sobre a experiência e a percepção de parturientes em relação à deambulação e à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, mostrou que algumas mulheres preferem deambular a ficar restritas ao leito para monitorização contínua do trabalho de parto. Muitas, inclusive, relataram que na maternidade em que puderam deambular durante o trabalho de parto, a duração desse período foi menor. Quanto à ingesta alimentar, algumas mulheres referiram que não tiveram fome e/ou não gostariam de alimentar-se no trabalho de parto. Já as que se alimentaram, relataram que se sentiram mais fortes para passar pelo período expulsivo (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Estudo realizado em duas maternidades do Rio de Janeiro apontou um número excessivo de práticas danosas e que devem ser eliminadas, segundo classificação da OMS (1996), assim como de práticas usadas de forma inadequada. Nas maternidades avaliadas houve excessiva utilização de enema, de ocitocina no período de pré-parto, e realização de toques vaginais por vários profissionais diferentes, da manobra de Kristeller e da aminiotomia precoce. Além disso, não houve a promoção do contato físico precoce da mãe com seu recém-nascido (RN) na sala de parto. Os resultados evidenciam um modelo de atenção altamente medicalizado e com uso excessivo de intervenções durante o trabalho de parto, mostrando a necessidade de estimular a adoção de práticas que devem ser encorajadas, segundo a OMS (d'ÓRSI et al., 2005).

A maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), ativada 1995, possui uma filosofia que norteia a assistência prestada desde a sua ativação. Tal filosofia possui 12 princípios, pautados na humanização da assistência e na interdisciplinaridade, que começaram a ser discutidos antes da inauguração da maternidade. A instituição estabeleceu que a assistência obstétrica e neonatal a ser empregada deveria respeitar as recomendações da OMS e os fundamentos das evidências científicas na área da saúde (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Para assegurar a implementação de tais princípios, um grupo multiprofissional, ligado a Direção Geral da instituição, auxilia a formulação das rotinas de todos os setores que integram a maternidade, desenvolve atividades de acompanhamento de educação continuada,

buscando envolver os profissionais que assistem e ensinam, assim como os acadêmicos que desenvolvem atividades na maternidade do HU/UFSC (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Nesse contexto, o grupo multiprofissional sentiu a necessidade de avaliar a implementação dos princípios filosóficos sob a ótica das usuárias. Os resultados do estudo identificaram que, de maneira geral, as condutas obstétricas condizentes com as evidências científicas e recomendações da OMS foram utilizadas durante o trabalho de parto. Entretanto, algumas usuárias foram submetidas à restrição alimentar, ao repouso no leito, não usaram métodos não farmacológicos para alívio da dor, foram privadas do contato imediato com o RN e não tiveram o acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRÜGGEMANN et al., 2011) (Anexo A).

A partir desses resultados, surgiu a inquietação de compreender porque algumas parturientes nessa maternidade foram privadas de serem assistidas com práticas preconizadas pelas evidências científicas durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de boas práticas obstétricas. Assim, o presente estudo teve como **objetivo** identificar os motivos da não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das usuárias.

Este estudo poderá contribuir para que sejam revisadas algumas rotinas e condutas relacionadas à assistência obstétrica no trabalho de parto e parto.

## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica do presente estudo contempla algumas práticas que são recomendadas pela OMS (1996) e evidências científicas para a atenção ao parto, consideradas como boas práticas. A seleção do conteúdo a ser aprofundado nesse capítulo foi baseado nos resultados do macro projeto sobre a implementação das boas práticas no centro obstétrico que definiu o *corpus* de análise e originou o estudo atual.

### 2.1 O ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

Em 1996 a OMS publicou um manual de recomendações para a atenção ao parto normal, que traz uma discussão sobre as práticas obstétricas, seus prós e contras. Dentre as práticas obstétricas recomendadas pela OMS, está o apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto, e o respeito à escolha sobre seus acompanhantes durante esse período (OMS, 1996).

A revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, que avaliou os benefícios do apoio durante o trabalho de parto e parto, mostrou que os principais resultados são: aumento do número de partos vaginais espontâneos, redução do uso de analgesia, diminuição da percepção negativa sobre a experiência do nascimento, redução da duração do trabalho de parto, diminuição do número de cesarianas e de partos vaginais instrumentais, redução da utilização de analgesia regional e diminuição do número de RN com Apgar menor que cinco (HODNETT et al., 2011).

No Brasil, a partir da publicação da Lei n. 11.108 de 2005, os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigadas a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Apesar desse direito ao acompanhante ser reconhecido em várias instâncias, incluindo o Governo Federal brasileiro, muitas maternidades ainda possuem restrições a cerca dessa prática e não a cumprem, deixando assim as mulheres sozinhas no momento de parir (HOGA; PINTO, 2007).

A demanda pelo alívio da dor do parto aparece como um dos aspectos em torno do qual o acompanhamento contínuo apresenta grande importância. As ações de apoio a mulher

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto podem ser desenvolvidas tanto pelos profissionais quanto pelo acompanhante de escolha da parturiente (SILVA; SIQUEIRA, 2007).

A simples presença física de uma pessoa pode não ser suficiente, é importante que o acompanhante realize atividades de apoio compreendendo tanto medidas de conforto físico quanto apoio emocional. O acompanhante pode caminhar com a parturiente, massagear as suas costas, oferecer alimentos, ajudar a encontrar uma posição confortável ou ajudar a parturiente no banho. Assim como apoiar emocionalmente mantendo o contato visual, dando informações, elogios e incentivo durante o trabalho de parto e parto (ENKIN, 2005).

A presença e apoio de um acompanhante de escolha trazem benefícios à mulher como força e tranquilidade durante o trabalho de parto e parto, diminuindo a ansiedade e o medo tornando assim o nascimento o mais “natural” possível. A presença do acompanhante também tem contribuído para a redução das taxas de cesariana, duração do trabalho de parto, incentivo ao aleitamento materno e desenvolve na parturiente uma percepção positiva do processo do nascimento (NASCIMENTO et al., 2010).

Em 2005 foi realizado um ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia da presença do acompanhante em uma maternidade pública brasileira. Nesse estudo, as parturientes do grupo de intervenção tiveram um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, diferente do grupo controle, que permaneceu sem acompanhante. Os resultados mostraram uma maior satisfação das mulheres que tiveram um acompanhante de sua escolha com a experiência de parto (BRÜGGEMANN et al., 2007).

Os benefícios advindos da presença do acompanhante são incontestáveis. Assim, as instituições hospitalares devem oferecer espaço físico adequado e preparar os profissionais para essa prática, favorecendo uma melhor interação entre profissionais e família da usuária. O pensamento unânime dos profissionais é importante, já que os receios e a falta de convicção podem interferir negativamente no processo de inserção do acompanhante (HOGA; PINTO, 2007).

Entretanto, apesar de ser uma prática benéfica, a vontade da parturiente em ser acompanhada ou não deve ser respeitada, assim como a escolha de quem a acompanhará. Segundo Carvalho e colaboradores, para que o parto seja realmente humanizado, a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o

seu atendimento. Quando não se respeita os direitos e as vontades da mulher, ocorre uma descaracterização da assistência humanizada (CARVALHO et al., 2012).

## 2.2 OFERECIMENTO DE LÍQUIDOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A oferta de líquidos durante o trabalho de parto é classificada como uma prática que deve ser estimulada segundo a OMS (1996). Para muitas parturientes a restrição de alimentos não é problema, já que não desejam comer durante o trabalho de parto, apesar de que muitas sintam uma necessidade de líquidos. A nutrição durante o esse período é um assunto importante e variável, e o manejo correto seria não interferir no desejo da parturiente de comer e beber durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, que avaliou os benefícios e malefícios da restrição alimentar e oferecimento de líquidos, não identificou benefícios ou prejuízos associados à restrição de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto, para as mulheres com baixo risco de complicação. Sendo assim, as mulheres devem ter a autonomia e a liberdade para escolher se querem ou não beber ou comer durante o trabalho de parto. A maioria das parturientes parece reduzir o consumo alimentar naturalmente conforme a progressão do trabalho de parto. Não houve estudos que comprove a restrição de alimentos e líquidos para mulheres que possuem risco de complicações, para essas mulheres essa restrição continua a ser uma intervenção não comprovada (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012).

Para muitas mulheres, a restrição alimentar não apresenta um grande problema, já que muitas não relatam vontade de comer na fase ativa do trabalho de parto. Mas aquelas que estão em estado inicial do trabalho de parto e desejam se alimentar, o jejum imposto não é uma experiência muito agradável. O jejum forçado pode ser causa de um progresso insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distocia e várias intervenções que podem culminar em uma cesariana (ENKIN, 2005).

O jejum durante o trabalho de parto antes era recomendado baseado na preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso houvesse a necessidade de uma anestesia geral. No entanto a anestesia geral durante o trabalho de parto atualmente é muito rara (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Vale lembrar que a restrição da ingesta alimentar não garante um estômago vazio caso haja a necessidade de utilizar uma anestesia geral. Nenhum

período entre a última refeição e o início do trabalho de parto garante um volume gástrico menor do que 100 ml (ENKIN, 2005).

O esforço no trabalho de parto foi comparado com um esforço do exercício moderado e contínuo, ou seja, requer muita energia, já que não se pode prever sua duração. Sendo assim é necessária a reposição das fontes de energia com a finalidade de garantir o bem estar fetal e materno. A restrição total da ingestão de alimentos pode levar a desidratação e à cetose. Normalmente a situação é resolvida administrando-se uma solução de glicose intravenosa (OMS, 1996).

Essas soluções de glicose intravenosa resultam em aumento dos níveis sanguíneos de glicose no bebê e também em diminuição do pH no sangue da artéria umbilical. Outro fator de risco é a produção excessiva de insulina do feto quando a mãe recebe mais de 25g de glicose intravenosa, o que pode resultar em baixos níveis sanguíneos de glicose e níveis elevados de lactato no bebê. O uso abusivo de substâncias sem sal pode resultar em hiponatremia grave tanto na mãe quanto no feto. Concluí se então que o uso de glicose e líquidos intravenosos para evitar ou combater a cetose a desidratação maternas podem trazer efeitos indesejáveis tanto na mãe quanto no bebê (ENKIN, 2005).

Estudo sobre a experiência e a percepção de parturientes em relação à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, mostrou que quando elas aceitaram algum tipo de alimento tiveram mais força durante o período expulsivo, quando comparado com o parto anterior, no qual foram impedidas ingerir alimentos. As que não quiseram se alimentar, disseram que temiam que acontecesse algum problema durante o trabalho de parto, como passar mal e vomitar, já que na experiência anterior, se sentiu enjoada e chegou a vomitar. A aceitação de líquidos foi unânime entre todas as entrevistadas (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

No mesmo estudo, foi constatada a falta de conhecimento das parturientes a respeito da restrição de alimentos e líquidos, elas não entendem os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais não se detêm a dar explicações (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).



### 2.3 LIBERDADE DE POSIÇÃO E MOVIMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Com a hospitalização do parto, as mulheres foram orientadas a permanecerem em repouso. Alguns estudos demonstram que a posição supina durante o primeiro período do trabalho de parto pode ter efeitos adversos tanto para mãe quanto para o seu feto e para a progressão do trabalho de parto (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

A liberdade de movimentação é uma das recomendações de bem-estar da mulher durante o trabalho de parto, já que a não permanência em decúbito dorsal resulta em percepção de dor menos intensa, levando a menor necessidade de analgesia e de intervenções para correção da dinâmica uterina (OMS, 1996).

A revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane que buscou avaliar os efeitos da postura ativa durante o trabalho de parto, traz como principais resultados a diminuição do tempo do trabalho de parto em cerca de uma hora e uma menor propensão a analgesia peridural. Assim, as mulheres devem ser encorajadas a assumir qualquer posição que acharem mais confortável na primeira etapa do trabalho de parto (LAWRENCE et al., 2009).

Caminhar livremente durante o trabalho de parto tem como objetivo ativar o trabalho de parto e auxiliar na descida e rotação do feto. Quando a mulher deambula, a ação uterina é mais eficiente. Durante a contração, as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Na deambulação, a parturiente também pode ser estimulada a realizar movimentos pélvicos para auxiliar na liberação de ocitocina (GOMES, 2010).

Uma revisão de literatura sobre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, inçadas pela OMS (1996), concluiu que a posição vertical foi usada e preferida pelas parturientes por possibilitar a redução da dor durante o trabalho de parto e parto; diminuir o tempo do trabalho de parto e do parto; melhorar a contratilidade uterina e proporcionar mais conforto. Além disso, essa prática também assegura as trocas “materno-feto-placentários” durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

A mobilidade da parturiente também influencia na evolução da fase ativa do trabalho de parto e no alívio da dor durante o trabalho de parto, facilitando as condições para o parto vaginal. Ensaio clínico controlado mostrou que a postura ativa e a verticalidade evitou ou postergou o uso da anestesia durante o trabalho de parto e concluiu que a mobilidade da

parturiente, especialmente da pelve, funciona como o recurso da analgesia (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

A deambulação aumenta a sensação de controle da mulher sobre o trabalho de parto pode ser facilitada pelo suporte contínuo intraparto de um acompanhante, essas são medidas que diminuem a necessidade de analgesia e indicação de cesariana (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

As mudanças de posição da parturiente podem estimular a progressão do trabalho de parto e reduzir a dor, uma vez que alteram-se as relações entre a gravidade, as contrações uterinas, o feto e a pelve (ENKIN, 2005).

Estudo sobre a experiência e percepção das parturientes sobre a deambulação, aponta que a movimentação proporciona o alívio da dor e acelera o trabalho de parto. As mulheres referiram que é melhor deambular do que permanecer deitada, uma vez que ajuda a suportar e aliviar as dores do parto, desviando o foco de atenção na dor (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Não há uma posição ideal e que seja aceita por todas as mulheres em trabalho de parto (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010). No entanto, é responsabilidade do profissional orientar e ensinar a parturiente sobre as posições mais eficazes e confortáveis para ela durante o trabalho de parto e parto (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

## 2.4 CONTATO IMEDIATO ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO LOGO APÓS O NASCIMENTO

Segundo a OMS (1996), um dos cuidados imediatos do RN, é o contato pele-a-pele precoce com a sua mãe. Imediatamente após o nascimento, ele deve ser seco e colocado sobre o abdômen ou nos braços da mãe. Esse contato pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa, especialmente nas salas de parto frias. Também é importante por outras razões, uma vez que estimula que a mãe e o RN se conheçam, o RN entra em contato com a flora cutânea de sua mãe e evita que seja colonizado por bactérias dos profissionais de saúde.

Em 1990 foi idealizada pela OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que traz como objetivos

promover, proteger e apoiar a amamentação. Em 1992 essa iniciativa foi incorporada pelo Ministério da Saúde brasileiro como ação prioritária e passou a contar com a participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Com o intuito de mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais e maternidade para que modifiquem as condutas e rotinas responsáveis pelo alto índice de desmame precoce, foram estabelecidos os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. O passo número 4 consiste em ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o parto (BRASIL, 2008), ou seja, passa a promover e estimular o contato pele a pele precoce entre mãe e o seu RN.

Manter o bebê aquecido ao nascimento é parte essencial do manejo imediato do RN, já que ele corre o risco de perda de calor por causa de sua grande superfície em relação à sua massa, pouco tecido subcutâneo, e permeabilidade de sua pele à água. O bebê deve ser colocado nu em contato direto com a pele nua da mãe. O contato pele a pele pode ocorrer imediatamente após o nascimento e durante a primeira hora de vida. Quando esse procedimento é realizado, a mulher provê calor diretamente ao bebê (MERCER et al., 2010).

O contato pele a pele está associado tanto a benefícios em curto quanto em longo prazo. Em curto prazo, o RN experimenta um aumento na temperatura corporal, comparado a bebês colocados em um berço aquecido ou vestidos e colocados num berço comum. Além da manutenção de temperatura, os bebês que tiveram esse contato dormiram por mais horas, passaram mais tempo em estado de quietude, e estavam mais bem organizados às 4 horas de vida. Os benefícios em longo prazo do contato pele a pele incluem maior duração da amamentação, mais sentimentos maternos positivos em relação à criação de seu bebê, e maior afetividade e vínculo materno (MERCER et al., 2010).

A prática do contato pele a pele promove a amamentação logo após o parto, já que aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida, normalmente sem requerer nenhuma ajuda (BRASIL, 2011b).

O contato precoce entre mãe e RN, não deve ficar limitado à sala de parto e deve ser praticado o maior número de vezes possível durante os primeiros dias de vida, para manter a temperatura do RN, promover a amamentação e fortalecer o vínculo entre a mãe e o seu bebê (BRASIL, 2011b).

Segundo Enkin (2005), a restrição do contato pele a pele precoce entre mãe e RN tem efeitos indesejáveis. Ela pode levar algumas mulheres a fracassar na amamentação e, possivelmente a alterar seu comportamento subsequente em relação às crianças.

A revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane que avaliou os efeitos do contato pele a pele precoce entre mãe e RNs saudáveis mostrou efeitos positivos, e estatisticamente significativos, na amamentação no período de um a três meses após o nascimento; na duração da amamentação; na manutenção da temperatura do RN; na glicemia do recém nascido e na redução do choro do bebê. Além disso, contribui para que as mães sejam mais carinhosas e amorosas durante a amamentação nos primeiros dias após o nascimento (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2008).

Segundo Porto, Amorim e Souza (2010), o contato pele a pele precoce, melhora os resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória e aumenta o sucesso da amamentação (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010). Além de ser recomendado como base da termorregulação e cuidado ao RN (MERCER et al., 2010).

### 3 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado a partir de um recorte do macro projeto de pesquisa “A Filosofia da Maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos” desenvolvido na Maternidade do HU/UFSC, de outubro de 2008 a janeiro de 2010, que objetivou avaliar a implementação da filosofia da referida maternidade sob a ótica dos profissionais, dos acadêmicos e dos usuários (puérperas e acompanhantes).

A maternidade do HU/UFSC - hospital de médio-porte que presta atendimento de média a alta complexidade e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), engloba a Triagem Obstétrica, o Centro Obstétrico, o Alojamento Conjunto e a Unidade de Internação Neonatal (UIN). A Triagem Obstétrica conta com duas salas de exame e uma de observação; o Centro Obstétrico possui quatro leitos de pré-parto, dois leitos de observação, duas salas de parto e uma sala cirúrgica onde são realizadas cesarianas e outros procedimentos cirúrgicos, como curetagens, e uma sala de recuperação pós-anestésica; o Alojamento Conjunto apresenta 22 leitos para o binômio mãe-bebê e a UIN que dispõem de seis leitos intensivos, seis leitos intermediários e quatro leitos para a segunda etapa do Método Canguru (BRÜGGEMANN et al., 2011).

A maternidade possui um modelo assistencial baseado em 12 princípios filosóficos, conhecidos como a filosofia da maternidade (Anexo B), baseados na humanização da assistência ao parto e nascimento. Os profissionais atuantes são médicos obstetras e pediatras, enfermeiras e enfermeiras obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem e acadêmicos dos cursos de graduação em medicina, enfermagem, fonoaudiologia e psicologia. No ano de 2011 foram realizados 2.320 procedimentos no Centro Obstétrico, deste total, 1.868 foram registros de nascimento, sendo 688 procedimentos cesáreos e 1180 partos normais (Estatística anual do Centro Obstétrico HU/UFSC, 2011).

Na etapa do macro-projeto, que avaliou a filosofia da maternidade na visão dos usuários (acompanhantes e puérperas). Foram entrevistadas 310 puérperas no alojamento conjunto, nas primeiras 12-24 horas de pós-parto, sendo incluídas as puérperas que tiveram parto vaginal ou cesariana e excluídas as puérperas submetidas à cesariana eletiva, as puérperas que tiveram o RN internado na unidade de internação neonatal ou cujo feto ou RN foram à óbito. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, por meio de entrevista. As perguntas abertas possibilitaram que as puérperas

expressassem sua opinião sobre o atendimento recebido. Para cada prática avaliada, foi realizada uma pergunta para que a puérpera comentasse sobre os motivos que levaram a não utilização das boas práticas.

A mediana da idade das puérperas foi de 25 anos (14 – 43 anos), a maioria delas era casada ou em união consensual (84,9%), branca (75,2%) e católica (66,4%). Quanto à escolaridade 41,6% havia concluído o ensino fundamental e 37,0% o médio. Com relação às características obstétricas, 51,3% eram primíparas e 48,7% multíparas; 70,3% realizaram seis consultas ou mais de pré-natal; 67,4% tiveram parto vaginal e 32,6% foram submetidas a cesariana (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Os dados selecionados para serem analisados no presente estudo, são relativos a todas às usuárias, participantes do macro projeto, que não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto (26), parto (40) e pós-parto (22); foram submetidas a restrição de alimentos sólidos ou líquido durante trabalho de parto (156); não deambularam ou não se movimentaram durante o trabalho de parto (62) e não tiveram contato pele a pele imediato com o seu RN (27) (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Para a análise dos dados realizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), com abordagem qualitativa. Este tipo de análise implica na priorização dos significados, uma análise temática. As etapas dessa análise são: pré-análise, com organização do material; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Na primeira etapa, a pré-análise, são desenvolvidas ações de preparação para a análise, é decidido o *corpus* de análise (OLIVEIRA, 2008), que no presente estudo foram as falas das puérperas sobre a não utilização das boas práticas durante o trabalho de parto e parto.

Na segunda etapa, exploração do material, os dados são agregados em unidades que permitem uma descrição das características do conteúdo expresso no texto. Nessa etapa são realizados alguns procedimentos como a leitura flutuante, que implica na leitura do texto sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura, que permite criar hipóteses provisórias sobre objeto estudado. Após a leitura flutuante é realizada a determinação das unidades de registro e das unidades de significação. A análise categorial do texto é feita a partir dessas dimensões, nas quais os agrupamentos seguem critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise (OLIVEIRA, 2008).

Na terceira etapa, a de tratamento de resultados, inferência e interpretação, consiste na etapa em que os dados são apresentados e discutidos (OLIVEIRA, 2008).

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa que originou o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC – protocolo nº 263/07 (Anexo C). Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estavam de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

As puérperas foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, sobre os procedimentos a serem realizados, a garantia do sigilo, o direito de participarem ou não da pesquisa e de que poderiam desistir a qualquer momento. As puérperas foram orientadas de que a desistência ou não participação não acarretaria em nenhum tipo de prejuízo ao atendimento a ser recebido na instituição. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a Regulamentação da Disciplina Estágio Supervisionado II – INT 5162, os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de um artigo científico.

5.1 ARTIGO – A não utilização de boas práticas na atenção ao parto sob a ótica das puérperas de uma maternidade-escola.

Joana Moreira Oreano<sup>1</sup>

Odaléa Maria Brüggemann<sup>2</sup>

**Resumo:** o objetivo foi identificar os motivos da não utilização das boas práticas obstétricas no trabalho de parto/parto, sob a ótica das usuárias. Pesquisa exploratória- descritiva, qualitativa, derivada de um macro-projeto desenvolvido em uma maternidade-escola com 310 puérperas. Foram analisadas as respostas das usuárias que não tiveram acompanhante no trabalho de parto (26), parto (40) e pós-parto (22); não receberam alimentação (156) e não deambularam/movimentaram-se no trabalho de parto (62); e não tiveram contato pele a pele com o recém-nascido (27). A partir da análise de conteúdo, constatou-se que as mulheres não quiseram acompanhante ou ele não estava disponível; não receberam alimentação porque os profissionais não ofereceram ou devido a cesariana; não deambularam/movimentaram-se devido a dor ou por indicação obstétrica e os profissionais não propiciaram o contato pele a pele. A não utilização de algumas das boas práticas obstétricas foram relacionadas com a atitude profissional, mas também por opção da mulher.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto; Parto humanizado; Avaliação de serviços de saúde; Enfermagem obstétrica.

### THE LACK OF GOOD PRACTICE IN LABOR FROM THE PERSPECTIVE OF MATERNITY PATIENTS

**ABSTRACT:** An exploratory-descriptive study derived from a macro-project done at a maternity-school which contained 310 mothers. It is aimed at identify the reasons for not

---

<sup>1</sup> Acadêmica da 8ª fase de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) da UFSC. E-mail: joanaoreano@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Integrante do GRUPESMUR. Pesquisadora do CNPq. E-mail: odalea.ufsc@gmail.com

using the correct obstetrical practices during the labor, from the patient's perspective. The responses were categorized as: mothers who didn't have a companion during labor (26), childbirth (40) and postpartum (22), patients who didn't receive food (156), walking/movement during labor (62) and had no skin to skin contact with newborns (27). From the content analysis, we found that women did not want their companion or they were unavailable, women did not receive food because professionals did not offer it, women did not walk/move due to pain or obstetric recommendation and finally, professionals did not promote skin to skin contact with the newborns. Failure at using good obstetric practices was related to either the professional's or the user's attitudes.

**Keywords:** Labor, Obstetric; Humanizing Delivery; Health services evaluation; Obstetrical Nursing

## LA NO UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS CORRECTAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS DE UNA ESCUELA- MATERNIDAD

**Resumen:** Estudio exploratorio-descriptivo derivado de un macro-proyecto desarrollado en una Escuela-Maternidad con 310 mujeres puérperas, cuyo objetivo fue identificar las razones de la no utilización de prácticas obstétricas correctas en el trabajo de parto, desde la perspectiva de las usuarias. Se analizaron las respuestas de las usuarias que no tuvieron acompañante durante el parto (26), parto (40) y post-parto (22), que no recibieron alimentación (156) y no deambularon durante el trabajo de parto (62), no tuvieron contacto piel con piel con el recién nacido (27). A partir del análisis de contenido se constató que las mujeres no querían acompañante o el no estaba disponible, no se alimentaron porque los profesionales no ofrecieron el mismo, no deambularon debido al dolor o por recomendación obstétrica y los profesionales no promovieron el contacto piel a piel. La no utilización de prácticas obstétricas correctas fueron relacionadas con actitudes profesionales o de las usuarias.

**Palabras clave:** Trabajo de Parto; Parto Humanizado; Evaluación de servicios de salud; Enfermería Obstétrica

## INTRODUÇÃO

A partir da década de 40, com intensificação da institucionalização do parto, esse processo que era natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado sem privacidade. A mulher deixou de ser a protagonista do processo parturitivo, sendo submetida a normas e intervenções aparentemente seguras, sem o seu consentimento (MOURA et al., 2007).

Em 1985, foi realizada, a Conferência sobre Tecnologia apropriada para o Parto em Fortaleza/CE. Esse encontro teve como resultado um relatório nominado - a Carta de Fortaleza. Nesta, são recomendadas práticas como a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes e a abolição de outras como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia de rotina e a indução do parto (WHO, 1985).

No Brasil, a assistência obstétrica é caracterizada pelo excesso de intervenções no parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2007).

A implementação dessas intervenções obstétricas é questionável quanto necessidade e eficácia. Preocupada com essa realidade, a OMS publicou em 1996, recomendações para a atenção ao parto normal, onde uma das categorias fala sobre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A), dentre elas estão: oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto; métodos não invasivos e não farmacológicos para de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; fornecer, às mulheres, todas as informações e explicações que desejarem; entre outras (OMS, 1996).

As práticas obstétricas têm sido avaliadas em revisões sistemáticas desde 1979, quando foi criado um Comitê Europeu que tinha como objetivo estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. O movimento pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem uma proposta assistencial e pedagógica que procura completar a lacuna entre a pesquisa e a prática correta, por meio da busca de evidências que embasam as condutas e procedimentos. Na medicina perinatal, a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados foi publicada em 1989 por Chalmers et al. (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

As práticas recomendadas pela OMS e as amparadas pelas evidências científicas, têm sido, de maneira geral, nominadas como boas práticas para a assistência ao parto.

Revisão de literatura sobre as evidências disponíveis sobre a assistência ao primeiro período do trabalho de parto aponta que procedimentos como jejum, tricotomia e enteróclise devem ser evitados, uma vez que não existem evidências para sua utilização, assim como o manejo ativo do trabalho de parto com ocitocina e aminiotomia de rotina. Já as práticas classificadas pela OMS na categoria A, como a deambulação, reduzem efetivamente a dor do trabalho de parto, assim como massagens e a presença do acompanhante, de escolha da parturiente. Dessa forma, devem ser inseridas na assistência ao parto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Mesmo com evidências científicas apoiando a implementação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto, algumas delas ainda não são utilizadas (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Em 2011 foi lançado um novo programa do Ministério da Saúde do Brasil - a Rede Cegonha, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, além de garantir a aplicação das boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2011).

A maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), ativada em 1995, possui uma filosofia que norteia a assistência prestada desde a sua ativação. Tal filosofia possui 12 princípios, pautados na humanização da assistência e na interdisciplinaridade, que começaram a ser discutidos antes da inauguração da maternidade. A instituição estabeleceu que a assistência obstétrica e neonatal a ser empregada deveria respeitar as recomendações da OMS e os fundamentos das evidências científicas na área da saúde (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Um grupo multiprofissional ligado a Direção Geral da instituição, formado para assegurar a implementação de tais princípios, sentiu a necessidade de avaliar como eles estão sendo aplicados na prática assistencial, sob a ótica das usuárias. Os resultados do estudo identificaram que, de maneira geral, as condutas obstétricas condizentes com as evidências científicas e recomendações da OMS foram utilizadas durante o trabalho de parto. Entretanto, algumas usuárias foram submetidas à restrição alimentar, ao repouso no leito, foram privadas do contato imediato com o Recém-nascido (RN) e não tiveram o acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRÜGGEMANN et al., 2011).

A partir desses resultados, surgiu a inquietação de identificar porque algumas parturientes nessa maternidade foram privadas de serem assistidas com práticas preconizadas pelas evidências científicas durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de boas práticas

obstétricas. Assim, o presente estudo teve como **objetivo** identificar os motivos da não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das puérperas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado a partir de um recorte do macro projeto de pesquisa “A Filosofia da Maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos” desenvolvido na Maternidade do HU/UFSC, de outubro de 2008 a janeiro de 2010, que objetivou avaliar a implementação da filosofia da referida maternidade sob a ótica dos profissionais, dos acadêmicos e dos usuários (puérperas e acompanhantes).

A maternidade do HU/UFSC - hospital de médio-porte que presta atendimento de média a alta complexidade e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), engloba a Triagem Obstétrica, o Centro Obstétrico, o Alojamento Conjunto e a Unidade de Internação Neonatal. No ano de 2011 foram realizados 2.320 procedimentos no Centro Obstétrico, deste total, 1.868 foram registros de nascimento, sendo 688 procedimentos cesáreos e 1180 partos normais (BRÜGGEMANN et al., 2011; ESTATÍSTICA DO CENTRO OBSTÉTRICO HU/UFSC, 2011).

A maternidade possui um modelo assistencial baseado em 12 princípios filosóficos, conhecidos como a filosofia da maternidade, baseados na humanização da assistência ao parto e nascimento (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Na etapa do macro-projeto, que avaliou a filosofia da maternidade na visão dos usuários (acompanhantes e puérperas). Foram entrevistadas 310 puérperas no alojamento conjunto, nas primeiras 12-24 horas de pós-parto, sendo incluídas as puérperas que tiveram parto vaginal ou cesariana e excluídas as puérperas submetidas à cesariana eletiva, as puérperas que tiveram o RN internado na unidade de internação neonatal ou cujo feto ou RN foram à óbito. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, por meio de entrevista. As perguntas abertas possibilitaram que as puérperas expressassem sua opinião sobre o atendimento recebido.

A mediana da idade das puérperas foi de 25 anos (14 – 43 anos), a maioria delas era casada ou em união consensual (84,9%), branca (75,2%) e católica (66,4%). Quanto à escolaridade 41,6% havia concluído o ensino fundamental e 37,0% o médio. Com relação às

características obstétricas, 51,3% eram primíparas e 48,7% multíparas; 70,3% realizaram seis consultas ou mais de pré-natal; 67,4% tiveram parto vaginal e 32,6% foram submetidas a cesariana (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Os dados selecionados para serem analisados no presente estudo, são relativos a todas às usuárias, participantes do macro projeto, que não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto (26), parto (40) e pós-parto (22); foram submetidas a restrição de alimentos sólidos ou líquido durante trabalho de parto (156); não deambularam ou não se movimentaram durante o trabalho de parto (62) e não tiveram contato pele a pele imediato com o seu RN (27) (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Para a análise dos dados realizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Este tipo de análise implica na priorização dos significados, uma análise temática. As etapas dessa análise são: pré-análise, com organização do material; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

O projeto de pesquisa que o originou o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC – protocolo nº 263/07. Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estavam de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na análise das entrevistas, sobre os motivos da não utilização das boas práticas no trabalho de parto e parto, emergiram quatro categorias temáticas: a ausência de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto; não oferta de alimentos sólidos ou líquidos no centro obstétrico; não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto; e a ausência do contato imediato entre mãe e RN.

### **Categoria 1 - Ausência de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto**

Nessa categoria temática, os motivos relatados pelas mulheres para não terem tido acompanhantes foram diversos. A maioria delas referiu que “*não deu tempo*” do acompanhante escolhido chegar à maternidade antes do nascimento. Esse fato revela a

necessidade de que a mulher escolha o seu acompanhante de parto durante a gestação, e que o mesmo seja o responsável em levá-la para a maternidade ou seja contatado assim que ela interne.

Meu marido tinha ido embora, pois foi de surpresa (Camélia)

Outras não o tiveram por *escolha própria*, ou seja, preferiram permanecer sozinhas. Essa decisão deve ser respeitada pelos profissionais de saúde, já que deve se levar em conta a opinião da mulher no seu processo de trabalho de parto.

Apesar de ser uma prática benéfica, a vontade da parturiente em ser acompanhada ou não deve ser respeitada, assim como a escolha de quem a acompanhará. Para que o parto seja realmente humanizado, a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o seu atendimento. Quando não se respeita os direitos e as vontades da mulher, ocorre uma descaracterização da assistência humanizada (CARVALHO et al., 2012).

Em algumas situações, os motivos foram relacionados ao próprio acompanhante. O *acompanhante escolhido não quis entrar na sala de parto*, por medo ou cansaço. Também houve casos em que o *acompanhante não podia ficar na maternidade*, ou seja, tinha que ir para casa cuidar dos outros filhos.

Meu acompanhante ficou com medo (Orquídea)

A *rotina institucional* também dificultou a presença do acompanhante, mesmo que de forma episódica, pois ele foi orientado a fazer a internação e quando retornou ao centro obstétrico o parto já havia ocorrido. Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde, que atuam na admissão obstétrica, estejam atentos para a o estágio do trabalho de parto que a mulher se encontra antes de afastar o seu acompanhante.

As instituições hospitalares devem oferecer espaço físico adequado e preparar os profissionais para a presença do acompanhante, favorecendo uma melhor interação entre eles e a família da usuária. O pensamento unânime dos profissionais é importante, já que os receios e a falta de convicção podem interferir negativamente no processo de inserção do acompanhante (HOGA; PINTO, 2007).

Com relação ao espaço físico, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, editada em 2008, prevê que as instituições de saúde devam ter espaços direcionados aos acompanhantes, como uma poltrona removível junto a parturiente, uma sala de estar e/ou

reuniões, além de sanitários masculino e feminino para acompanhantes, visitantes e familiares (BRASIL, 2008).

Esses achados demonstram que a instituição em que o estudo foi desenvolvido não cerceia o direito da mulher em ter um acompanhante, uma vez que os motivos foram mais relacionados a problemas de ordem pessoal da parturiente e do acompanhante. Pode-se inferir que a Lei n. 11.108 de 2005, conhecida como “Lei do acompanhante”, que passou a obrigar os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005) está sendo respeitada e cumprida. Vale lembrar que a maternidade do HU/UFSC permite e estimula essa boa prática obstétrica desde a sua ativação, em 1995 (SANTOS; SIEBERT, 2001).

## **Categoria 2 - Não oferta de alimentos sólidos ou líquidos no centro obstétrico**

Nessa segunda categoria temática, as respostas das mulheres também foram diversas. As que *foram submetidas à cesariana* ou as que *tinham a possibilidade de serem submetidas* a esse procedimento alegaram não ter comido ou bebido nada, devido ao jejum para a cirurgia.

Acho que não ofereceram por causa da cesárea (Margarida)

Não sabiam se iam ser cesárea ou não (Rosa)

Explicaram que o caso fosse necessário fazer cesárea, não poderia estar com estômago cheio (Gérbera)

O jejum durante o trabalho de parto era recomendado devido a preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico no caso de uma cesariana de emergência com a utilização de anestesia geral. No entanto, atualmente, sabe-se que o uso da anestesia geral durante o trabalho de parto é muito rara (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

É importante lembrar que a restrição da ingesta alimentar não garante um estômago vazio. Nenhum período entre a última refeição e o início do trabalho de parto garante volume gástrico menor do que 100 ml (ENKIN, 2005). Segundo revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, não existem evidências suficientes para que o jejum seja imposto às mulheres em trabalho de parto, mesmo as que possuem risco de complicações (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012).



Algumas das mulheres relataram que *não sabiam o motivo* de não terem recebido alimento ou líquidos, outras *não receberam informações dos profissionais sobre a dieta*, ou a única coisa que lhes foi dita era de que “*não podia*” se alimentar, sem oferecer maiores explicações sobre o motivo dessa restrição.

Acho que não pode, não sei (Violeta)

Não falaram o porquê (Girassol)

Só falaram que não podia comer (Crisântemo)

Só falaram que não podia comer, só tomar água (Petúnia)

Um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo mostrou resultados semelhantes, uma vez que muitas parturientes não possuíam conhecimento a respeito da restrição de alimentos e líquidos, elas não entenderam os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais não deram explicações (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Algumas mulheres referiram que os *profissionais não ofereceram ou não quiseram dar a dieta* quando elas solicitaram, o que mostra que houve vontade da mulher em se alimentar durante o período, mas foi cerceada pelos profissionais.

Eu que pedi não sei por que não ofereceram (Flor de Liz)

Não falaram o porquê. Apenas foi dito que após 7 cm de dilatação não podia tomar água (Begônia)

Também houve mulheres que não se alimentaram ou ingeriram líquidos porque *não tiveram vontade* ou para *evitar vômitos* durante o trabalho de parto, por orientação dos profissionais ou por medo de que isso acontecesse.

Não quis (Azálea)

Me disseram que se eu tomasse eu poderia vomitar (Copo de Leite)

Evitar de não vomitar (Dália)

Em outro estudo sobre a experiência e a percepção das parturientes em relação à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, as entrevistadas que não quiseram se alimentar também temiam que acontecesse algum problema durante o trabalho de parto, como

passar mal e vomitar, já que no parto anterior, isso havia acontecido (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

As mulheres que tiveram uma evolução rápida do trabalho de parto relataram que ***não deu tempo de se alimentar***. Nesses casos, não houve tempo de ser oferecida alimentação sólida ou líquida no centro obstétrico.

Foi tudo muito rápido e já estava perto do bebê nascer (Camélia)

Tinha acabado de chegar e já tive bebê logo (Jasmim)

A partir das falas da maioria das mulheres, podemos perceber que a restrição alimentar ainda é uma prática utilizada, apesar das evidências científicas não indicarem prejuízos associados ao oferecimento de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto, para as mulheres com baixo risco de complicação. As mulheres devem ter a autonomia e a liberdade de escolher se querem ou não beber ou comer durante o trabalho de parto (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012).

Os resultados desse estudo apontam que alguns profissionais ainda ancoram sua prática no modelo medicalizado de assistência, onde o parto é visto como um evento fisiologicamente patológico, que pode a qualquer momento necessitar de intervenção cirúrgica, necessitando assim de um tempo de jejum mínimo, para que não ocorra risco de aspiração do conteúdo gástrico sob uma anestesia geral.

### **Categoria 3 – Não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto**

Algumas mulheres, ao serem questionadas sobre porque não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto, referiram que ***não quiseram*** e que ***a dor as impediu***, apesar de terem recebido orientações sobre os benefícios dessa prática.

Estava com muita dor e não queria me mexer muito (Lavanda)

Fui orientada, mas não usei (Magnólia)

(...) mas não quis (Tulipa)

A deambulação a movimentação proporciona o alívio da dor e acelera o trabalho de parto. Estudo sobre a percepção das mulheres sobre essa prática mostra que as que a

utilizaram consideraram melhor deambular do que permanecer deitada, uma vez que ajuda a suportar e aliviar as dores do parto (WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Em uma revisão de literatura sobre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, indicadas pela OMS (1996), a posição vertical foi usada e preferida pelas parturientes por possibilitar a redução da dor durante o trabalho de parto e parto; diminuir o tempo do trabalho de parto e do parto; melhorar a contratilidade uterina e proporcionar mais conforto (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Além das mulheres que não deambularam ou não se movimentaram devido a dor, também tiveram mulheres que não realizaram essas práticas por terem uma *percepção desfavorável quanto a postura ativa do trabalho de parto*, referindo não gostarem dos métodos, como a bola e o “cavalinho”, utilizados para facilitar a movimentação durante o trabalho de parto.

O cavalinho é um pouco desconfortável (Perpétua)

Não gostei da bola, estava com muita dor e fiquei pouco (Lótus)

O uso da bola e do cavalinho estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos, além de ter baixo custo financeiro (SILVA, et al., 2011). Entretanto, os achados desse estudo mostram que nem todas as mulheres se sentem confortáveis e desejam utilizá-los, dessa forma, os profissionais devem respeitar a decisão da mulher e oferecer outros recursos.

A *indicação de cesárea*, a *indução do trabalho de parto por sonda*, a *contra-indicação* por patologia obstétrica, foram motivos relatados pelas mulheres para não terem deambulado e se movimentado durante o trabalho de parto. Sabe-se que em algumas situações obstétrica é necessário que a parturiente permaneça em repouso relativo ou absoluto.

Em alguns casos, as mulheres referiram que “*não deu tempo*”, pois internaram em período expulsivo ou próximo a ele. Essa condição de internação realmente pode impossibilitar que a mulher seja orientada a deambular ou movimentar-se, especialmente nas instituições em que o pré-parto é acompanhado em local diferente de onde ocorre o parto, como na maternidade em estudo.

As instituições de saúde que possuem salas ou quartos em sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde a mulher permanece todos os períodos clínicos do parto no mesmo ambiente, é possível que a mulher deambule e mude de posição até o momento do período

expulsivo. Esses locais devem ser desenvolvidos de forma a atender as ações preconizadas pela RDC nº 36 como, o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor e a escolha das diversas posições no trabalho de parto (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011; BRASIL, 2008).

Chama atenção que parte das entrevistadas disse que *não precisou deambular*, pois já estavam em trabalho de parto ou porque estavam com dilatação e bolsa rota. Esses motivos não justificam a não utilização dessa prática. No entanto, os dados não permitem afirmar se foram os profissionais que orientaram ou se foi devido a própria compreensão delas sobre o processo vivenciado.

Não precisou, pois já estava em trabalho de parto (Gerânio)

Não precisou, já cheguei com dilatação e bolsa rota (Mimosa)

A partir dos resultados, podemos perceber que os motivos para a não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto, não foi por falta de informação ou estímulo por meio dos profissionais que assistem a mulher, mas sim por questões pessoais, como a vontade em não realizar a prática, ou o desconforto associado a realização da mesma.

#### **Categoria 4 - Ausência do contato imediato entre mãe e recém-nascido**

Quando questionadas porque não tiveram contato imediato com o seu RN, algumas mulheres responderam que o contato só aconteceu *após RN ter sido avaliado pelo profissional ou após os cuidados de rotina*, outras *apenas viram o RN*. Essas respostas sugerem que não foi priorizado contato pele a pele precoce, mas sim a realização de cuidados imediatos ao RN na sala de parto.

Só depois do banho na sala de recuperação que vi o bebê e peguei pela primeira vez (Lírio)

Primeiro fizeram os procedimentos, só mostraram (o RN) um pouquinho (Narciso)

Apenas viu porque a sala estava fria e levaram a criança para uma sala mais aquecida (Brinco-de-princesa)

A atitude dos profissionais de saúde em não assegurar o contato pele a pele logo após o nascimento também foi observada em outra pesquisa, realizada na maternidade em estudo. Os resultados mostraram, que algumas vezes, os profissionais removiam o RN para outro ambiente, separando a díade mãe-filho, no momento em que as primeiras interações entre eles estavam sendo concretizadas, com o objetivo de realizar procedimentos imediatos ao recém-nascido. Essa separação pode desencadear prejuízo ao início do apego e deixar escapar um momento essencial para o estabelecimento do vínculo (ROSA et al., 2010).

Essa postura não é compreensível, uma vez que para a OMS (1996), um dos cuidados imediatos do RN, é o contato pele a pele precoce com a sua mãe. Imediatamente após o nascimento, ele deve ser seco e colocado sobre o abdômen ou nos braços da mãe. Esse contato pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa, especialmente nas salas de parto frias. Também é importante por outras razões, uma vez que estimula que a mãe e o RN se conheçam, além disso, ele entra em contato com a flora cutânea de sua mãe e evita que seja colonizado por bactérias dos profissionais de saúde.

O contato pele a pele está associado tanto a benefícios em curto quanto em longo prazo. Em curto prazo, o RN experimenta um aumento na temperatura corporal, comparado a bebês colocados em um berço aquecido ou vestidos e colocados num berço comum. Os benefícios em longo prazo do contato pele a pele incluem maior duração da amamentação, mais sentimentos maternos positivos em relação à criação de seu bebê, e maior afetividade e vínculo materno (MERCER et al., 2010).

Outros motivos para o impedimento do contato precoce foram as *intercorrências com o RN no nascimento*, a *internação na unidade de terapia intensiva neonatal* ou *intercorrências maternas no parto*. Nessas situações, a preservação do bem-estar do neonato e da mãe são prioritários e muitas vezes requerem o afastamento imediato do binômio.

Era prematuro e tava com o cordão enrolado no pescoço (Cravo)

Nasceu bem roxo, estava enroscado no cordão (Açucena)

Tive complicação pós-parto (Lisianto)

A *opção materna* em não ter contato precoce com o RN também foi um dos motivos relatados. Dessa forma, apesar de todos efeitos positivos dessa prática, apontados pelas evidências científicas, seja na duração da amamentação; na manutenção da temperatura do RN; na sua glicemia e na redução do choro (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2008),

deve-se respeitar a escolha da mulher após o fornecimento das informações sobre esses benefícios.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A não utilização das boas práticas obstétricas na atenção ao parto esteve relacionada tanto com as atitudes profissionais, quanto com a decisão da mulher e indisponibilidade de seu acompanhante.

A restrição de alimentos e a privação do contato pele a pele entre a mãe e o seu RN estiveram diretamente ligadas com a atitude profissional, já que em ambos os casos os profissionais de saúde não privilegiaram adoção dessas boas práticas, motivados pela visão do parto como um evento de risco, que poderia necessitar de uma intervenção cirúrgica, ou por priorizarem a realização dos cuidados de rotina com o RN, que poderiam ser postergados.

No entanto, motivos de cunho pessoal, da própria parturiente, também impossibilitaram a implementação de boas práticas, como a presença do acompanhante e a movimentação e deambulação durante o trabalho de parto. A indisponibilidade do acompanhante e a vontade da mulher em não tê-lo presente foram as principais justificativas apresentadas pelas mulheres. Muitas delas também não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto pelo simples fato de não desejarem ou não se sentirem confortáveis.

Os achados dessa pesquisa permitem concluir que maior parte das boas práticas analisadas é utilizada de forma adequada na maternidade em estudo. Entretanto, o não oferecimento de alimentos e líquidos e a restrição do contato pele a pele imediato são práticas inadequadas e devem ser revisadas e repensadas junto à equipe profissional, uma vez que não estão congruentes com os princípios filosóficos que norteiam a assistência prestada na maternidade e com as evidências científicas.

Além disso, reafirma a necessidade de que a decisão da mulher sobre a não adoção de algumas boas práticas deve ser respeitada pelos profissionais de saúde, desde que não interferiram negativamente no bem-estar da parturiente, do feto e do RN.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília. 08 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de junho de 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.658-668, out-dez. 2011.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/ parto: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1316-1327, set-out. 2005.

CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n. 1, p.30-37, 2012.

ENKIN, M. et al. **Apoio a gestantes**: guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Rev. Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, Colombia, v.25, n.1, p.74-81, mar. 2007.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Col**, Brasília, v.4, n.4, p.173-189, 2010.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n.2, p.295-302, 2004.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2008.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p.452-455, jul-ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Maternidade Segura - Atenção ao nascimento normal**: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Belo Horizonte, v.38, n.10, p.527-537, out. 2010.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.105-112, jan-mar. 2010.

SANTOS, O. M. B.; SIEBERT, E. R. C. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n.75, suppl 1: S73-S79, nov. 2001.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L.; Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2012.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. D. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v.17, n.1, p.126-135, abr. 2007.

SILVA, L. M. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.24, n.5, p.656-662, 2011.

STANCATO, K.; VERGÍLIO, M. S. T. G.; BOSCO, C. S. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato – ppp de um hospital universitário. **Ciênc Cuid e Saúde**, Maringá, v.10, n.3, p.541-548, jul-set. 2011.

WEY, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O.. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.717-725, out-dez. 2011.

World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet** 8452(ii):436-437.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a publicação do Guia para Atenção ao Parto, em 1996, pela OMS, no qual são categorizadas as práticas que devem ser estimuladas e as que devem ser evitadas durante a assistência durante o trabalho de parto, instituições de saúde do mundo todo buscam a adequação e melhoria no atendimento ao parto. No entanto, vários estudos demonstram que as práticas que devem ser estimuladas muitas vezes não são utilizadas de maneira correta segundo indicação da OMS (1996).

A realização deste estudo possibilitou aprofundar o entendimento sobre os benefícios e os malefícios das práticas utilizadas na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, a partir da literatura pesquisada durante a construção da sustentação teórica. O acesso às evidências científicas, publicadas na Biblioteca Cochrane permitiu perceber a evolução dos conhecimentos científicos, e que a assistência prestada às mulheres deve acompanhar essa evolução. Para atuar como profissional, nessa área ou em outra especialidade, é necessário uma atualização constante, já que uma prática recomendada pela literatura hoje, amanhã pode não ser da mesma maneira. Com a busca na literatura consegui entender os motivos da recomendação de utilizar ou não determinadas práticas.

Durante a análise dos dados, a partir da leitura das respostas das puérperas sobre porque algumas práticas não são implementadas em uma maternidade que preconiza a implementação das recomendações da OMS e das evidências científicas na assistência ao parto, foi possível compreender que existem vários fatores imbricados a isso. Em determinadas situações, a aplicação das práticas como, por exemplo, a presença de acompanhante, a instituição não apresentou restrição relacionada a isso, as mulheres não foram acompanhadas por indisponibilidade do acompanhante em estar presente, ou até por vontade da própria mulher em ficar sozinha.

Assim como a deambulação e movimentação no trabalho de parto, onde os profissionais que prestavam assistência estimularam a realização da prática, mas por vontade das mulheres e pelo desconforto citado por algumas, não realizaram a mesma.

Diferente das práticas citadas acima, quando perguntadas sobre o oferecimento de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, as respostas levaram a concluir que a postura e atitude de alguns profissionais não condizem com os princípios filosóficos que foram elegidos para nortear a assistência na maternidade do HU/UFSC, e com as recomendações da OMS e as evidências científicas existentes. Isso porque algumas mulheres foram impedidas, pelos profissionais, de se alimentar e de consumir líquidos.

O contato precoce pele a pele sobre mãe e filho também apareceu como uma prática que não acontece da forma que deveria. Os profissionais acabam privilegiando a realização de cuidados rotineiros com o RN, que poderiam ser deixados para depois, em detrimento do primeiro contato entre o binômio mãe-filho que estimula a amamentação precoce, promove a formação de vínculo e traz benefícios tanto a curto como em longo prazo.

Os resultados desse estudo podem contribuir para a melhoria do atendimento, buscando utilizar as práticas recomendadas a favor da mulher, e não contra. Estimulando a presença do acompanhante, e a mobilização durante o trabalho de parto, e mudando as condutas em relação a ingestão de alimentos e líquidos e o contato precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido.

Cabe destacar que uma das limitações do estudo foi a impossibilidade de aprofundar algumas questões e tirar alguma dúvida sobre as respostas das participantes, uma vez que não tive a oportunidade de contato com as entrevistadas, já que utilizei dados secundário.

Realizar esse estudo possibilitou o desenvolvimento em um novo campo, que eu não estava acostumada, o da pesquisa. O aprendizado durante a realização do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) contribuiu positivamente para a minha formação acadêmica, pois tive a oportunidade prática de compreender o processo de pesquisar. Essa experiência contribuirá de forma expressiva para a minha atuação profissional.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Belo Horizonte, v. 38, n. 11, p.583-591, nov. 2010.
- BALASKAS, J. **Parto Ativo**: guia prático para o parto natural. 1.ed. São Paulo: Ground, 1993.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev Brasil Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.671-679. 2006.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília. 08 abr. 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011a.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- \_\_\_\_\_. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- BRÜGGEMANN, O. M. et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.658-668, out-dez. 2011.
- BRÜGGEMANN, O. M. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reproductive Health**, Londres, v.4. n.5, jul. 2007.
- BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/ parto: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1316-1327, set-out. 2005.
- CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n. 1, p.30-37, 2012.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p.646-654, 2005.

ENKIN, M. et al. **Apoio a gestantes**: guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica**: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 168 p.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2011.

HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Rev. Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, Colombia, v.25, n.1, p.74-81, mar. 2007.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Rev. Tempus Actas Saúde Col**, Brasília, v.4, n.4, p.173-189, 2010.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n.2, p.295-302, 2004.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2008.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p.452-455, jul-ago. 2007.

NASCIMENTO, M. N. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.456-461, jul-set. 2010.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo gramático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.568-576, out-dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Maternidade Segura - Atenção ao nascimento normal**: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Belo Horizonte, v. 38, n. 10, p.527-537, out. 2010.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L.; Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2012.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. D. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum**, São Paulo, v.17, n.1, p.126-135, abr. 2007.

WEY, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O.. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.717-725, out-dez. 2011.

World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet** 8452(ii):436-437.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Artigo: Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias.

- 658 - Artigo Original

### FILOSOFIA ASSISTENCIAL DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES USUÁRIAS

*Odaléa Maria Brüggemann<sup>1</sup>, Marisa Monticelli<sup>2</sup>, Camilla Furtado<sup>3</sup>, Camila Mariano Fernandes<sup>4</sup>, Fabiane Nunes Lemos<sup>5</sup>, Michele Ediane Gayeski<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Doutora em Tocoginecologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisadora CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: odalea@ccs.ufsc.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

<sup>3</sup> Acadêmica de Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista PIBIC/CNPq 2009-2010. Santa Catarina, Brasil. E-mail: milla.furtado@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira Residente - Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UFSC/Ministério da Saúde. Santa Catarina, Brasil. E-mail: camila-mf@hotmail.com

<sup>5</sup> Acadêmica de Graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: byane\_@hotmail.com

<sup>6</sup> Doutoranda do PEN/UFSC. Enfermeira da Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. Email: michelegayeski@hotmail.com

**RESUMO:** Estudo transversal que avaliou a filosofia de uma maternidade, a partir da satisfação das mulheres com o atendimento recebido na admissão obstétrica, no trabalho de parto/parto e no puerpério. Os dados foram coletados com 310 mulheres e analisados pelo teste qui-quadrado, exato de Fisher, *Odds Ratio* (IC 95%) e regressão logística. A satisfação na admissão esteve estatisticamente associada ao fato dos profissionais e acadêmicos se apresentarem, darem as orientações solicitadas e fornecerem apoio emocional; no trabalho de parto/parto esteve associada com privacidade, apoio emocional e recebimento de informações; e no puerpério, com apoio emocional e recebimento de informações. Chance de insatisfação ocorreu quando a mulher não recebeu apoio emocional na admissão (5,70; IC 95%: 1,88; 17,31) e não obteve informações no trabalho de parto/parto (6,53; IC 95%: 1,97; 21,64). A concretização de uma filosofia assistencial que atenda as necessidades das usuárias contribui para a satisfação com o atendimento, desde a internação até a alta.

**DESCRIPTORES:** Serviços de saúde materna. Avaliação de serviços de saúde. Satisfação dos consumidores. Parto humanizado.

### PHILOSOPHY OF CARE IN A TEACHING MATERNITY HOSPITAL: FACTORS ASSOCIATED TO FEMALE USERS SATISFACTION

**ABSTRACT:** This cross-sectional study assessed the philosophy of a maternity based on women users satisfaction factors concerning the services received during their admission, labor/delivery, and puerperium. Data was collected from 310 women and analyzed by chi-square test, Fisher exact test, *Odds Ratio* (95%), and logistic regression. Satisfaction at admission was statistically associated with the fact that professionals and academics introduced themselves, gave the orientation requested, and provided emotional support. In labor/delivery satisfaction was associated with privacy, emotional support, and receiving information. In the postpartum period, satisfaction was associated with emotional support and receiving information. The chance of dissatisfaction occurred when the woman was not emotionally supported at admission (5.70; 95% CI: 1.88; 17.31) and didn't obtain information during labor/delivery (6.53; CI 95%: 1.97; 21.64). The implementation of a care philosophy that meets user needs contribute to satisfaction with the service provided from admission to discharge.

**DESCRIPTORS:** Maternal health services. Health services evaluation. Consumer satisfaction. Humanizing delivery.

### LA FILOSOFÍA DE ATENCIÓN DE UNA MATERNIDAD ESCUELA: FATORES ASOCIADOS CON LA SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES USUARIAS

**RESUMEN:** Es un estudio transversal que evaluó la filosofía de una maternidad, a partir de la satisfacción con la atención recibida en la admisión, el trabajo de parto y el posparto. La recolección de los datos se hizo con 310 mujeres y se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, *Odds Ratio* (IC 95%) y regresión logística. La satisfacción por la admisión se asoció estadísticamente con el hecho de que los profesionales y académicos estuvieron presentes, dieron las orientaciones solicitadas y el apoyo emocional. En el trabajo de parto y el parto se asoció con la intimidad, apoyo emocional y la información que recibieron, y en el puerperio, con el apoyo emocional y recibir informaciones. La insatisfacción se produjo cuando la mujer no recibió el apoyo emocional al ingreso (5,70, IC 95%: 1,88; 17,31) y no recibió información sobre el trabajo de parto y el parto (6,53, IC 95%: 1,97; 21,64). La aplicación de una filosofía de atención que responda a las necesidades de las usuarias contribuye a la satisfacción con los servicios, desde la hospitalización hasta el alta.

**DESCRIPTORES:** Servicios de salud materna. Evaluación de servicios de salud. Satisfacción de los consumidores. Parto humanizado.



## INTRODUÇÃO

Qualquer política ou filosofia de atenção à saúde somente ocorre efetivamente quando seus princípios são materializados, mas isso pressupõe aderência dos profissionais a tais propostas, a fim de que as mesmas sejam colocadas em prática, em benefício dos usuários. O problema desta pesquisa está voltado para a aplicabilidade da filosofia assistencial da maternidade do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta investigação faz parte de um macroprojeto, sendo que a filosofia já foi avaliada pelos profissionais e acadêmicos que atuam na instituição.<sup>1</sup> O relato, agora, se direciona para as usuárias, ou seja, as mulheres que deram à luz na maternidade.

A construção de um modelo assistencial para dar sustentação à implantação da maternidade iniciou em 1980 e se estendeu até 1995, quando foi inaugurada. Nesse intervalo, um grupo de profissionais estabeleceu que o modelo de atenção obstétrico e neonatal a ser adotado, deveria respeitar as recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup> e os fundamentos das evidências científicas na área da saúde.<sup>3</sup> Isso culminou na elaboração de um conjunto de 12 princípios filosóficos, que passou a ser reconhecido como "a filosofia da maternidade".<sup>4</sup>

Tal filosofia contempla três abordagens: 1<sup>a</sup>) **Relacionada com os aspectos gerais da assistência.** Engloba os seguintes princípios: A atenção à saúde da mulher visa o ciclo gravídico-puerperal, considerando a gravidez como um processo e não como um evento; A parturiente não deixará de ser assistida em face de problemas burocráticos, sendo que as rotinas deverão ser flexíveis; A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde. 2<sup>a</sup>) **Relacionada com a integração entre os profissionais e os serviços,** envolvendo os seguintes princípios: A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher/recém-nascido/família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado; As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de melhor assistência; A equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação do aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar; Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão contínua e específica para prestação da

assistência a que tem direito a mãe, o recém-nascido e a família; e O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou que com ela se relacionem. 3<sup>a</sup>) **Relacionada aos direitos dos usuários.** Esta abordagem engloba os princípios: É direito de toda mulher/Recém-Nascido (RN)/família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais; Na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação; e O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados.

Para garantir a aplicabilidade dessa filosofia, um grupo multiprofissional ligado à Direção Geral da instituição, desenvolve atividades e discussões e apoia estudos<sup>1,5</sup> no sentido de avaliar se a mesma está sendo implementada pelos profissionais e acadêmicos em todos os setores da maternidade. Apesar disso, ainda permanece uma importante lacuna, relacionada com a perspectiva das mulheres usuárias. Esta avaliação é necessária não apenas para aumentar o escopo analítico da verificação da aplicação da filosofia, mas também para observar se essas mulheres estão sendo beneficiadas com a política assistencial adotada.

Assim, o objetivo desta investigação foi avaliar a implementação da filosofia da maternidade do HU/UFSC, a partir da satisfação das mulheres com o atendimento recebido na admissão obstétrica, no trabalho de parto/parto e no puerpério. Essa investigação, sob a ótica das usuárias, teve o propósito de analisar, de modo indireto, como os princípios filosóficos que norteiam a assistência na referida maternidade são implementados no cotidiano institucional. Neste contexto, tomou-se como preditor da satisfação, a qualidade do cuidado prestado<sup>6</sup>, contemplando, o tipo de apoio recebido, a interação/comunicação com os profissionais, as características ambientais da maternidade e se as práticas obstétricas desenvolvidas estavam amparadas em evidências científicas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, que foi desenvolvido na maternidade do HU/UFSC, que é um hospital-escola de médio porte e presta aten-



dimento de média à alta complexidade, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. A maternidade engloba a Triagem obstétrica, com duas salas de exame e uma de observação; o Centro Obstétrico, com quatro leitos de pré-parto, um leito de observação e duas salas de parto/cirúrgicas; e o Alojamento Conjunto, com 22 leitos e berços.

O protocolo assistencial preconiza a adoção de práticas com base nas evidências científicas. Assim, entre outras, não é rotina realizar o enema, restrição de alimentos líquidos ou sólidos e nem episiotomia; a tricotomia é realizada apenas no local da incisão cirúrgica, nos casos de cesariana; é propiciada à parturiente a escolha da posição no parto normal (vertical ou horizontal); é permitida e estimulada a presença de um acompanhante de escolha desde a admissão obstétrica até a alta hospitalar; e são oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor, como técnicas de banho, massagem, uso da bola e do "cavalinho". O tempo de internação é estipulado de acordo com as necessidades específicas das puérperas e dos RNs.<sup>4</sup>

Os dados foram coletados no período de outubro de 2008 a dezembro de 2009. A amostra foi constituída por mulheres internadas no Alojamento Conjunto. O tamanho da amostra foi calculado com base na realização de 1.600 partos anuais realizados no HU. Estimou-se a satisfação com o atendimento recebido em 50%, intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%, resultando em um total de 310 mulheres. Os critérios de inclusão foram ter sido atendida durante o trabalho de parto e ter tido feto vivo, independente da via de parto. Não foram incluídas as submetidas à cesariana eletiva e/ou as mulheres cujo RN foi a óbito. Esses critérios foram assim estabelecidos por considerar-se que poderiam influenciar nas respostas relativas à satisfação com a assistência prestada.

Para a coleta de dados aplicou-se um formulário por meio de entrevistas. Este instrumento continha perguntas referentes às atividades assistenciais desenvolvidas junto às usuárias na admissão, durante o trabalho de parto/ parto, assim como no puerpério. A intencionalidade foi contemplar os princípios contidos nas três abordagens que integram a filosofia da maternidade, ou seja, relacionados com os aspectos gerais da assistência, com a integração entre os profissionais e os serviços, e com os direitos dos usuários. A satisfação foi avaliada tomando-se como referência as respostas obtidas a partir de uma seqüência de cinco símbolos com expressões faciais, mostrados à usuária, para que ela apontasse qual correspon-

dia à forma como se sentiu (muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita ou muito satisfeita) com o atendimento recebido na admissão obstétrica, durante o trabalho de parto/parto e no puerpério.

O formulário foi testado com cinco mulheres, sendo reformuladas as questões que não estavam totalmente compreensíveis, com a intenção de obter informações fidedignas. As entrevistas ocorreram nas primeiras 12-24 horas pós-parto, de forma sequencial, com aquelas que atenderam os critérios de inclusão, até completar o tamanho amostral, sendo que não houve recusa. No processo de organização e análise dos dados, todos os questionários foram revisados, codificados e digitados no programa EPI INFO - versão 2002.

Realizou-se análise estatística descritiva (distribuição absoluta e relativa) dos dados e a satisfação das mulheres foi quantificada através da escala tipo Likerte considerado como indicativo de satisfação as respostas bem satisfeita e muito satisfeita.<sup>7,8</sup> Cada um dos fatores foi estudado quanto à satisfação, através do teste de qui-quadrado ou exato de Fisher. A razão de chance de cada um dos fatores em relação à satisfação foi mensurada através do cálculo do *Odds Ratio* e respectivos intervalos de confiança a 95%, para a satisfação com o atendimento recebido na admissão, durante o trabalho de parto/parto e no puerpério. Os valores do *Odds Ratio* também foram calculados para verificar os fatores relacionados com a insatisfação, ou seja, os princípios filosóficos que não estavam sendo colocados em prática na assistência prestada a essas usuárias.

A fim de verificar, dentre os fatores estudados (e suas inter-relações), os que apresentavam maior relação com as variáveis dependentes, foi realizada a análise múltipla dos fatores, através de regressão logística, com critério de seleção de variáveis *stepwise*. Esta análise foi realizada considerando a variável dependente satisfação, e realizada de acordo com as variáveis aferidas segundo dois diferentes grupos. O primeiro, referente à admissão obstétrica, composto por todas as variáveis apresentadas na tabela 2, e o segundo, referente ao trabalho de parto/parto, cujas variáveis encontram-se na tabela 3.

A pesquisa seguiu a Declaração de Helsinque e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC - protocolo nº 263/07.

## RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas, a mediana da idade esteve em torno de 25 anos. A maioria delas era casada ou em união consensual (84,9%), branca (75,2%), católica (66,4%) e com pouca escolaridade. Quanto às características obstétricas, 51,3% eram primíparas e 48,7% multiparas; 70,3% realizaram seis consultas ou mais de pré-natal; 55,5% pariram na posição vertical e 11,6%, na posição horizontal, totalizando 67,4% de partos vaginais; a taxa de cesariana foi de 32,6%. Além disso, a imensa maioria (81,0%) não participou de grupo de gestantes (Tabela 1).

**Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres usuárias. Florianópolis-SC, 2009 (n=310)**

Variáveis	n	%
<b>Idade</b> (mediana em anos)	25 (14 – 43)	
<b>Estado marital</b>		
Casada/União consensual	263	84,9
Solteira/Separada/Viúva	47	15,1
<b>Cor</b>		
Branca	233	75,2
Negra	43	13,9
Outra	34	11,0
<b>Ocupação</b>		
Atividade remunerada	149	48,0
Do lar	123	39,8
Estudante	29	9,3
Desempregada	9	2,9
<b>Religião</b>		
Católica	206	66,4
Evangélica	42	13,5
Nenhuma	36	11,6
Outra	26	8,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	58	18,7
Ensino fundamental completo	129	41,6
Ensino médio completo	115	37,0
Ensino superior completo	6	1,9
Nenhuma	2	0,6
<b>Paridade</b>		
Primípara	159	51,3
Multipara	151	48,7
<b>Número de consultas pré-natal</b>		
≥ 6 consultas	218	70,3
< 6 consultas	89	28,7

Nenhuma	3	1,0
<b>Participação em grupo de gestantes</b>		
Não	251	81,0
Sim	59	19,0
<b>Tipo de parto atual</b>		
Vaginal na posição vertical	172	55,5
Cesariana	101	32,6
Vaginal na posição horizontal	36	11,6
Vaginal à fórceps	1	0,3

A implementação dos princípios das três abordagens que integram a filosofia da maternidade encontra-se expressa nos resultados sobre o atendimento recebido pelas mulheres usuárias na admissão obstétrica (Tabela 2), durante o trabalho de parto/parto (Tabela 3) e no puerpério (Tabela 4).

A avaliação que essas mulheres fizeram sobre o atendimento recebido na admissão obstétrica revela que a maioria sabia identificar quem era o profissional que a tinha recebido no momento da internação. A enfermeira foi referida com um maior percentual (61,9%), seguida pelo médico (55,5%). As mulheres também relataram que as pessoas que prestaram atendimento se apresentaram (89,0%), encontravam-se capacitadas (95,2%) e interessadas em prestar assistência (95,8%) e deram as informações que foram solicitadas (87,8%), inclusive sobre o motivo obstétrico que as levou a permanecerem internadas (88,4%), assim como, que receberam apoio emocional durante o momento inicial da internação (84,2%). Quanto às práticas obstétricas, a quase totalidade das mulheres não foi submetida à enema (99,0%). A maioria não realizou tricotomia (79,7%) e teve um acompanhante no momento da internação (95,5%) (Tabela 2).

Com relação à satisfação com o atendimento recebido na admissão obstétrica, diversos fatores apresentaram associação significativa como o fato dos profissionais/acadêmicos se apresentarem ( $p=0,0014$ ), estarem capacitados e interessados para atender ( $p<0,0001$ ), darem as orientações solicitadas ( $p<0,0001$ ), informarem o motivo da internação ( $p<0,0001$ ) e oferecerem apoio emocional ( $p<0,0001$ ). A não realização dessas ações foram considerados fatores que aumentaram a chance de insatisfação das mulheres, em diferentes magnitudes, avaliadas através da razão de chance *Odds Ratio* (com intervalos de confiança significativos) (Tabela 2).



Tabela 2 - Atendimento na admissão obstétrica e satisfação segundo as mulheres usuárias. Florianópolis-SC, 2009 (n=310).

Variáveis	Total 310 n(%)	Satisfeita 278(89,7) n(%)	Insatisfeita 32(10,3) n(%)	Valor p	OR(IC95%)	OR múltiplo§ (IC 95%)
<b>Pessoas que atenderam*</b>						
Enfermeira	192(61,9)	172(89,6)	20(10,4)	0,9446	1,03(0,48; 2,19)	ns
Médico	171(55,5)	154(90,1)	17(9,9)	0,8068	0,91(0,44; 1,90)	ns
Acadêmico de medicina	34(10,9)	32(94,1)	2(5,9)	0,5521‡	0,51(0,12; 2,25)	ns
Auxiliar/técnico de enfermagem	30(9,6)	29(96,7)	1(3,3)	0,3383‡	0,28(0,04; 2,11)	ns
Acadêmico de enfermagem	6(1,9)	1(100,0)	0(0,0)	1,0000‡	0,64(0,04; 11,71)	ns
<b>Profissionais/acadêmicos se apresentaram</b>				<b>0,0014‡</b>		
Sim	276(89,0)	254(92,0)	22(8,0)		1,00	
Não	26(8,40)	19(73,1)	7(26,9)		<b>4,25(1,61; 11,22)</b>	ns
Não lembra	89(2,6)	5(62,5)	3(37,5)		<b>6,93(1,55; 30,93)</b>	ns
<b>Profissionais/acadêmicos capacitados para atender</b>				<b>&lt;0,0001</b>		
Sim	295(95,2)	272(92,2)	23(7,8)		1,00	1,00
Não	15(4,8)	6(40,0)	9(60,0)		<b>17,74(5,8; 54,22)</b>	<b>15,10(4,00; 59,36)</b>
<b>Profissionais/acadêmicos interessados em atender</b>				<b>&lt;0,0001</b>		
Sim	297(95,8)	271(91,2)	26(8,8)		1,00	
Não	13(4,2)	7(53,8)	6(46,2)		<b>8,93(2,79; 28,57)</b>	ns
<b>Profissionais/acadêmicos deram as informações solicitadas</b>				<b>&lt;0,0001‡</b>		
Sim	272(87,8)	252(92,6)	20(7,4)		1,00	
Algumas vezes	20(6,4)	10(50,0)	10(50,0)		<b>12,60(4,69; 33,83)</b>	<b>8,78(2,77; 27,83)</b>
Não solicitou	15(4,8)	14(93,3)	1(6,7)		0,90(0,11; 7,20)	0,77(0,09; 6,84)
Não lembra	3(1,0)	2(66,7)	1(33,3)		6,30(0,55; 72,52)	2,73(0,01; 126,13)
<b>Recebeu informação sobre o motivo da internação</b>				<b>&lt;0,0001‡</b>		
Sim	274(88,4)	252(92,0)	22(8,0)		1,00	
Não	25(8,1)	19(76,0)	6(24,0)		<b>3,62(1,31; 9,99)</b>	ns
Não lembra	11(3,5)	7(63,6)	4(36,4)		<b>6,55(1,78; 24,10)</b>	ns
<b>Profissionais/acadêmicos ofereceram apoio emocional</b>				<b>&lt;0,0001</b>		
Sim	261(84,2)	246(94,3)	15(5,7)		1,00	1,00
Não	26(8,4)	17(65,4)	9(34,6)		<b>8,68(3,32; 22,71)</b>	<b>5,70(1,88; 17,31)</b>
Em parte	23(7,4)	15(65,2)	8(34,8)		<b>8,75(3,20; 23,87)</b>	<b>4,20(1,24; 14,16)</b>
<b>Realizaram enema</b>				0,2796‡		
Sim	3(1,0)	2(66,7)	1(33,3)		1,00	ns
Não	307(99,0)	276(89,9)	31(10,1)		0,22(0,02; 2,55)	ns
<b>Realizaram tricotomia†</b>				0,1048		
Sim	63(20,3)	53(84,1)	10(15,9)		1,93(0,86; 4,32)	<b>2,79(1,09; 7,19)</b>
Não	247(79,7)	225(91,1)	22(8,9)		1,00	1,00
<b>Teve acompanhante na sala de admissão</b>				0,1657‡		
Sim	296(95,5)	267(90,2)	29(9,8)		1,00	ns
Não quis/acompanhante não disponível	14(4,5)	11(78,6)	3(21,4)		2,51(0,66; 9,52)	ns

\* Algumas mulheres foram atendidas por mais de uma pessoa e 55 mulheres não sabiam informar; † Procedimento realizado somente em cesarianas, quando necessário; Teste de qui-quadrado / ‡ Teste exato de Fisher; § Regressão logística múltipla com critério de seleção stepwise, sendo incluídas todas as variáveis presentes na tabela, exceto as com frequência n=0; ns=não significativo na análise múltipla.

Na análise múltipla, observou-se maior chance de insatisfação quando a mulher foi atendida por profissionais/acadêmicos não capacitados (15,10; IC95%: 4,00; 59,36), quando recebeu as informações solicitadas somente algumas vezes (8,78; IC95%: 2,77; 27,83), quando não recebeu apoio emocional (5,70; IC95%: 1,88; 17,31) ou quando recebeu de forma parcial (4,20; IC95%: 1,24; 14,16). Entre as práticas realizadas, apenas a tricotomia aumentou a chance de insatisfação (2,79; IC95%: 1,09; 7,19) (Tabela 2).

Quanto ao atendimento recebido durante o trabalho de parto/parto, expressiva parcela referiu que os profissionais/acadêmicos respeitaram a privacidade (95,5%), ofereceram apoio emocional (93,2%) e responderam aos questionamentos (93,9%). Praticamente metade das usuárias recebeu alimentos sólidos ou líquidos (49,7%); a maioria foi estimulada a deambular ou movimentar-se (80,0%) e utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor (técnicas de banho, massagem e outras estratégias) (69,0%). Durante o trabalho de parto, 57,7% das mulheres foram levadas para conhecer as salas de parto normal e cirúrgico e

42,3% não foram, sendo que, destas últimas, 45,8% não conheceram previamente, pois não houve tempo, em vista da rápida evolução do processo. Das que evoluíram para parto normal, 80,4% tiveram respeitada a posição escolhida para parir. A quase totalidade pôde contar com a presença de acompanhante no Centro Obstétrico e teve contato imediato com o RN logo após o parto (91,3%) (Tabela 3).

Na análise da satisfação das usuárias com o atendimento durante o trabalho de parto/parto, observou-se associação significativa no que se refere a ter a privacidade respeitada ( $p=0,0449$ ), receber apoio emocional ( $p=0,0353$ ) e receber as informações que foram solicitadas aos profissionais/acadêmicos ( $p<0,0161$ ). Destaca-se que a realização parcial dessas ações aumentou a chance de insatisfação em 5,47 vezes (IC95%: 1,03; 29,16) com relação à privacidade e em 5,69 vezes (IC95%: 1,40; 23,08) quanto ao apoio emocional. Não receber as informações solicitadas também aumentou a chance de insatisfação (6,53; IC95%: 1,97; 21,64), sendo esse resultado confirmado também pela análise múltipla (Tabela 3).

Tabela 3 - Atendimento durante o trabalho de parto/parto e satisfação segundo as mulheres usuárias. Florianópolis -SC, 2009 (n=310)

(continua)

Variáveis	Total 310 n(%)	Satisfeita 290(93,5) n(%)	Insatisfeita 20(6,5) n(%)	Valor p	OR(IC95%)	OR múltiplo <sup>a</sup> (IC 95%)
<b>Respeitaram a privacidade</b>				<b>0,0449<sup>+</sup></b>		
Sim	296(95,5)	279(94,3)	17(5,7)		1,00	
Não	6(1,4)	5(83,3)	1(16,7)		3,28(0,36; 29,69)	ns
Em parte	8(2,6)	6(75,0)	2(25,0)		<b>5,47(1,03; 29,16)</b>	ns
<b>Profissionais/acadêmicos ofereceram apoio emocional</b>				<b>0,0353<sup>+</sup></b>		
Sim	289(93,2)	273(94,5)	16(5,5)		1,00	
Não	9(2,9)	8(88,8)	1(11,1)		2,13(0,25; 18,11)	ns
Em parte	12(3,9)	9(75,0)	3(25,0)		<b>5,69(1,40; 23,08)</b>	ns
<b>Profissionais/acadêmicos deram as informações solicitadas</b>				<b>0,0161<sup>+</sup></b>		
Sim	291(93,9)	275(94,5)	16(5,5)		1,00	1,00
Não	4(1,3)	4(100,0)	0(0,00)		1,86(0,10; 35,94)	1,86(0,10; 35,94)
Em parte	15(4,8)	11(73,3)	4(26,7)		<b>6,53(1,97; 21,64)</b>	<b>6,53(1,97; 21,64)</b>
<b>Ofereceram alimentos sólidos ou líquidos</b>				0,3708		
Sim	154(49,7)	146(94,8)	8(5,2)		1,00	
Não	156(50,3)	144(92,3)	12(7,7)		1,52(0,60; 3,83)	ns
<b>Foi estimulada para deambular ou movimentar-se</b>				0,7744 <sup>+</sup>		
Sim	248(80,0)	231(93,1)	17(6,9)		1,00	
Não	62(20,0)	59(95,2)	3(4,8)		0,69(0,20; 2,44)	ns

Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 658-68.

<b>Aplicaram métodos não farmacológicos para alívio da dor</b>				0,3664		
Sim	214(69,0)	202(94,4)	12(5,6)	1,00		
Não	96(31,0)	88(91,7)	8(8,3)	1,53(0,60; 3,87)	ns	
<b>Foi levada a conhecer as salas de parto quando internou</b>				0,4969		
Sim	179(57,7)	166(92,7)	13(7,3)	1,00		
Não oportunizaram/não quis/não deu tempo	131(42,25)	124(94,7)	7(5,3)	0,72(0,28; 1,86)	ns	
<b>Respeitaram a posição escolhida (n=209)</b>				0,0804		
Sim	168(80,4)	162(96,4)	6(3,6)	1,00		
Não	41(19,6)	37(90,2)	4(9,8)	2,92(0,78; 10,87)	ns	
<b>Teve contato imediato com o recém-nascido</b>				0,3992*		
Sim	283(91,3)	266(94,0)	17(6,0)	1,00		
Não†	27(8,7)	24(88,9)	3(11,1)	1,96(0,53; 7,15)	ns	
<b>Teve acompanhante durante o trabalho de parto</b>				1,0000*		
Sim	284(91,6)	265(93,3)	19(6,7)	1,00		
Não quis/acompanhante não disponível	26(8,4)	25(96,2)	1(3,8)	0,56(0,07; 4,34)	ns	
<b>Teve acompanhante no parto</b>				0,4888*		
Sim	270(87,1)	251(93,0)	19(7,0)	1,00		
Não quis/acompanhante não disponível	40(12,9)	39(97,5)	1(2,5)	0,34(0,04; 2,60)	ns	
<b>Teve acompanhante logo após o parto</b>				0,1602*		
Sim	288(92,9)	271(94,1)	17(5,9)	1,00		
Não quis/acompanhante não disponível	22(7,1)	19(86,4)	3(13,6)	2,52(0,68; 9,35)	ns	

\* 10 mulheres tinham indicação de repouso; † 13 recém-nascidos necessitaram reanimação; Teste de qui-quadrado / † Teste exato de Fisher; \* Regressão logística múltipla com critério de seleção stepwise, sendo incluídas todas as variáveis presentes na tabela, exceto as com frequência n=0; ns=não significativo na análise múltipla.

Durante o período puerperal, no Alojamento Conjunto, as usuárias se sentiram acolhidas pela equipe e pelos estudantes (92,5%), além de obterem respostas aos questionamentos realizados (98,7%). Também foram orientadas a respeito dos cuidados com o RN (97,1%) e orientadas e apoiadas na prática do aleitamento (98,4%) (Tabela 4).

Foram unânimes em avaliar que o Alojamento Conjunto propiciou a formação do apego com seus recém-nascidos (99,6%) e que o acompanhante teve oportunidade de cuidar do bebê (77,7%). A grande maioria considerou que o tempo de internação foi suficiente para fortalecer a habilidade necessária para cuidar do filho (97,4%) e para sanar dúvidas (94,2%). Expressaram também que no momento da alta se sentiam preparadas e

confiantes (94,8%) (Tabela 4).

Quanto à satisfação das usuárias com o atendimento durante o puerpério, houve associação significativa com o apoio emocional recebido pelos profissionais/acadêmicos ( $p=0,0389$ ) e com as informações recebidas pelos mesmos ( $p=0,0066$ ), sendo que, quando essas ações foram realizadas parcialmente, aumentou a chance de insatisfação em 6,34 (IC95%: 1,20; 33,43) e 33,00 (IC95%: 4,17; 261,30) vezes, respectivamente. A chance de insatisfação também aumentou quando a mulher considerou que o tempo de internação foi parcialmente suficiente para sanar suas dúvidas (7,85; IC95%: 1,69; 36,48) e quando sentiu-se parcialmente preparada para voltar para casa (7,16; IC95%: 1,56; 32,82) (Tabela 4).



Tabela 4 - Atendimento durante o puerpério e satisfação segundo as mulheres usuárias. Florianópolis-SC, 2009 (n=310)

Variáveis	Total 310 n(%)	Satisfeita 299(96,5) n(%)	Insatisfeita 11(3,5) n(%)	Valor p <sup>†</sup>	OR(IC95%)
<b>Recebeu apoio emocional dos profissionais/acadêmicos</b>				<b>0,0389</b>	
Sim	287(92,5)	279(97,2)	8(2,8)		1,00
Não	10(3,3)	9(90,0)	1(10,0)		3,88(0,44; 34,36)
Em parte	13(4,2)	11(84,6)	2(15,4)		<b>6,34(1,20; 33,43)</b>
<b>Profissionais/ acadêmicos deram as informações solicitadas</b>				<b>0,0066</b>	
Sim	306(98,7)	297(97,1)	9(2,9)		1,00
Em parte	4(1,3)	2(50,0)	2(50,0)		<b>33,00(4,17; 261,30)</b>
<b>Recebeu orientação sobre cuidados com o recém-nascido</b>				<b>0,2818</b>	
Sim	301(97,1)	291(96,7)	10(3,3)		1,00
Não	2(0,6)	2(100,0)	0(0,0)		5,55(0,25; 123,03)
Em parte	7(2,6)	6(85,7)	1(14,3)		6,41(0,98; 41,95)
<b>Recebeu orientação e apoio sobre aleitamento materno</b>				<b>1,0000</b>	
Sim	305(98,4)	294(96,4)	11(3,6)		1,00
Não	3(1,0)	3(100,0)	0(0,0)		3,66(0,18; 75,06)
Em parte	2(0,6)	2(100,0)	0(0,0)		5,12(0,23; 112,90)
<b>Alojamento conjunto favoreceu vinculação afetiva com o recém-nascido</b>				<b>1,0000</b>	
Sim	309(99,6)	298(96,4)	11(3,6)		1,00
Não	1(0,4)	1(100,0)	0(0,0)		8,65(0,33; 224,13)
<b>Acompanhante participou dos cuidados com o recém-nascido*</b>				<b>0,2112</b>	
Sim	241(77,7)	235(97,5)	6(2,5)		1,00
Não	37(11,9)	35(94,6)	2(5,4)		2,55(0,57; 11,44)
Em parte	30(9,7)	28(93,3)	2(6,7)		3,18(0,70; 14,38)
<b>Tempo de internação suficiente para desenvolver confiança/capacidade de cuidar do recém-nascido</b>				<b>0,2574</b>	
Sim	302(97,4)	292(96,7)	10(3,3)		1,00
Não	1(0,4)	1(100,0)	0(0,0)		9,29(0,36; 241,73)
Em parte	7(2,2)	6(85,7)	1(14,3)		6,43(0,98; 42,09)
<b>Tempo de internação suficiente para sanar dúvidas</b>				<b>0,0683</b>	
Sim	292(94,2)	283(96,9)	9(3,1)		1,00
Não	7(2,2)	7(100,0)	0(0,0)		1,99(0,11; 37,44)
Em parte	11(3,6)	9(81,8)	2(18,2)		<b>7,85(1,69; 36,48)</b>
<b>Sentiu preparada para voltar para casa</b>				<b>0,0952</b>	
Sim	294(94,8)	285(96,9)	9(3,1)		1,00
Não	4(1,3)	4(100,0)	0(0,0)		3,34(0,17; 66,56)
Em parte	12(3,9)	10(83,3)	2(16,7)		<b>7,16(1,56; 32,82)</b>

\* Duas mulheres não tiveram acompanhante; † Teste exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

A população estudada apresentou características sociodemográficas similares ao perfil apresentado em outras pesquisas desenvolvidas com mulheres nesta mesma maternidade<sup>9</sup> e em

investigações realizadas em outras instituições públicas brasileiras,<sup>3,9</sup> ou seja, são jovens com pouca escolaridade e com necessidades sociais explícitas. Representam, pois, o contingente de mulheres em idade reprodutiva que procuram os serviços de

saúde do SUS. Os dados obstétricos se coadunam com algumas características apontadas em publicações nacionais.<sup>10-11</sup> No entanto, se diferenciam com relação ao número de partos na posição vertical, provavelmente este resultado seja reflexo da filosofia assistencial da maternidade, que viabiliza, dentre outras ações, a adoção de posições que a própria mulher entenda ser melhor para parir.<sup>9,12-14</sup>

Quanto ao atendimento recebido na **admissão obstétrica**, as usuárias avaliaram que os profissionais e os acadêmicos se preocuparam em se identificar e estavam interessados em recebê-las na unidade. Isso denota a operacionalização dos princípios filosóficos da maternidade, voltados para atitudes de respeito à clientela que procura o serviço. Se por um lado tem-se em mente que atitudes como essa não deveriam ser prerrogativas deste ou daquele profissional, ou desta ou daquela unidade assistencial – já que não identificar-se e não mostrar-se interessado seriam ações contrárias às agendas ditas de “humanização”,<sup>15-16</sup> por outro, sabe-se que não são poucos os resultados investigativos que constata a ausência de condutas nesse sentido, particularmente nos cenários assistenciais voltados ao parto em instituições públicas e, mais especificamente ainda, em hospitais de ensino.<sup>17-19</sup>

O fato de perceberem que os profissionais estavam preparados para o atendimento e que não foram submetidas a práticas comprovadamente danosas ou inefetivas,<sup>20</sup> como o enema e a tricotomia, leva-nos a inferir que a qualificação contínua da equipe é outro princípio que está sendo operacionalizado. Aliás, a efetivação desse princípio é reveladora de que profissionais e acadêmicos de enfermagem e medicina atingiram proficiência nas habilidades necessárias para manejar a gestação normal.<sup>21</sup> Os achados também apontam que, na admissão, as mulheres se sentiram acolhidas, tanto por receber as informações desejadas, quanto por terem ao lado o acompanhante de sua escolha. Esses resultados mostram que os princípios relacionados com os direitos dos usuários estão sendo implementados já no momento da internação.

Com relação ao **trabalho de parto/parto**, as usuárias avaliaram que os princípios filosóficos continuaram sendo colocados em prática em sua maioria, uma vez que tiveram a privacidade respeitada e sentiram-se apoiadas do ponto de vista emocional e informacional durante todo o processo do nascimento, inclusive com direito ao acompanhamento da pessoa de sua confiança. Esses achados também revelam que a Lei n. 11.108,<sup>22</sup> conhecida como “Lei do acompanhante” está sendo

implementada na maternidade estudada e são semelhantes a alguns estudos,<sup>11-12</sup> mas discrepantes de outros realizados em instituições de saúde.<sup>17,23-24</sup>

No trabalho de parto, especificamente, as mulheres destacaram a realização de condutas obstétricas condizentes com as evidências científicas e as recomendações da OMS<sup>20</sup> (deambulação, movimentação e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor). A adoção dessas práticas ainda não é observada em outras maternidades brasileiras,<sup>23-24</sup> o que reafirma a contribuição de uma filosofia que norteie o processo assistencial. No entanto, chama atenção que o número de mulheres com restrição alimentar excedeu às submetidas à cesariana, revelando a necessidade de identificar os fatores determinantes dessa conduta que também tem sido praticada em várias maternidades do país.<sup>11,17,23</sup> O fato de poderem escolher a posição para parir e de terem essa posição respeitada pela equipe, além do contato imediato com o filho, logo após o parto, são indicadores positivos da concretização da maioria dos princípios filosóficos também durante o parto e o pós-parto imediato. Desta forma, pode-se inferir que a equipe de saúde, ao incorporar e praticar princípios que possibilitem que a mulher participe das decisões, contribui para a consolidação de práticas comprovadamente úteis na atenção ao parto,<sup>20</sup> à exemplo do parto na posição vertical, que não tem sido adotada em maternidade públicas.<sup>17,24</sup>

O período do **puerpério**, apesar de ser vivenciado no Alojamento Conjunto, que é uma unidade totalmente diversa em termos de localização, de composição da equipe e de tempo de permanência, se comparada ao Centro Obstétrico, também teve avaliação similar no que se refere ao atendimento recebido. Contudo, como esperado, as mulheres destacaram as orientações recebidas com relação aos cuidados com o RN, a prática do aleitamento materno e o envolvimento do acompanhante nos cuidados.

Chamou atenção a apreciação altamente positiva acerca do tempo de internação como um aspecto favorecedor do preparo da mulher para a alta, no que se refere ao desenvolvimento da confiança para cuidar do filho e resolução de dúvidas. Tal avaliação coaduna-se com a implementação dos princípios filosóficos voltados para a compreensão do ciclo gravídico-puerperal como um processo e não apenas como um evento isolado, a flexibilização das rotinas assistenciais, o tempo de internação relacionado com as necessidades individuais da clientela assistida, a importância da participação da família e a valorização do Alojamento Conjunto



como sistema que propicia o acompanhamento sistemático e contínuo da saúde do binômio, o desenvolvimento de atividades educativas, bem como a promoção do vínculo e interação familiar.

Este resultado sobre a valorização do Alojamento como um espaço de educação em saúde e de interação entre os integrantes da família, tem sido amplamente confirmado na literatura nacional,<sup>11,17,19</sup> enquanto os demais aspectos avaliados positivamente pelas usuárias, não têm sido alvo de avaliação sistemática em outros estudos. Esses achados demonstram que a filosofia assistencial está sendo colocada em prática no Alojamento Conjunto e seus princípios contemplam necessidades relacionadas não somente com educação em saúde e vínculos familiares, mas com aspectos mais abrangentes do período puerperal.

A satisfação das mulheres esteve associada com os aspectos envolvidos na qualidade do cuidado recebido. Destaca-se que o apoio emocional e as informações recebidas dos profissionais/acadêmicos, em todas as etapas do processo (na admissão, durante o trabalho de parto/parto e puerpério), foram preditores desta satisfação. Por outro lado, quando esses atributos são realizados apenas de forma parcial, isso influencia fortemente na chance de insatisfação das mulheres, o que por sua vez significa que os princípios filosóficos precisam ser revitalizados na prática assistencial da maternidade estudada.

Outros fatores também influenciam na satisfação das usuárias, como o fato de os profissionais se apresentarem, estarem capacitados e demonstrarem interesse em atender, assim que a mulher dá entrada na instituição. Além disso, ter a privacidade respeitada durante o trabalho de parto/parto e permanecer internada tempo suficiente para sanar as dúvidas, sentindo-se preparada para voltar para casa, são fatores que também contribuem para a satisfação.

Tais resultados se coadunam com estudos desenvolvidos acerca da satisfação de mulheres com o parto, que mostram que critérios como a boa comunicação, a qualidade do relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes, e a suficiente provisão de informações e cuidados são vitais para que a avaliação seja positiva.<sup>6,8,25</sup> Ensaio clínico randomizado controlado sobre a satisfação com a experiência do nascimento, por exemplo, apontou resultados semelhantes no que se refere à satisfação das usuárias com as informações recebidas dos profissionais,<sup>8</sup> reforçando a influência positiva desse aspecto na avaliação realizada pelas

mulheres. Em contrapartida, a maioria dos estudos mostra que, de maneira geral, há insatisfação com relação às informações recebidas da equipe de saúde em outras realidades assistenciais.<sup>12,24-26</sup>

## CONCLUSÕES

A operacionalização dos princípios filosóficos foi avaliada positivamente pelas mulheres, o que resultou em elevado grau de satisfação. Conclui-se que a existência e a concretização de uma filosofia assistencial contribuem para a satisfação das usuárias, desde a internação até a alta.

O fato dessas mulheres terem sido entrevistadas ainda durante a internação, pode ter se constituído numa limitação do estudo, uma vez que as respostas das mesmas com relação à satisfação sobre o atendimento recebido podem ter sido influenciadas pelo contexto assistencial. No entanto, a maioria delas expressou que não foi submetida a práticas obstétricas desnecessárias, o que mostra que a atenção obstétrica está ancorada nas evidências científicas, no respeito às escolhas informadas e no estímulo à inclusão do acompanhante.

Considerando-se que o estudo foi desenvolvido em um hospital que é centro formador de recursos humanos em saúde, esses achados apontam para os benefícios que a concretização de uma filosofia pode ter, não apenas para a assistência aos usuários, mas também para o processo de formação, funcionando como exemplo prático para que os acadêmicos da área da saúde tomem esse modelo como referência de atuação profissional futura.

## REFERÊNCIAS

1. Monticelli M, Brüggemann OM, Guerini IC, Boing AF, Padilha MF, Fernandes VB. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. *Texto Contexto Enferm* 2010 Jan-Mar; 19 (1):25-35.
2. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985 Aug 24; 2(8452):436-7.
3. Carr KC. Developing and evidence-based practice protocol: implications for midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*. 2000 Nov-Dec; 45(6):544-51.
4. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynecol Obstet*. 2001 Nov; 75(Suppl 1):S73-9.
5. Guerini IC, Monticelli M, Brüggemann OM. A filosofia da maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos: nota prévia. *Online Braz J Nurs* [online]. 2009 [acesso



- 2010 Ago 19]; 8:[3p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1959/439>
6. Martin CH, Fleming V. The birth satisfaction scale. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011 [Cited 2011 Ago 19]; 24(2):124-35. Available from: <http://emeraldinsight.com/journals.htm?issn=0952-6862&volume=24&issue=2&articleid=1906029&show=html>
  7. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: as survey of 790 Australian women. *Birth* 1994 Mar; 21(1):4-13.
  8. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Carvalhinho Neto AS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reprod Health* [online]. 2007 Jul 6 [cited 2010 Jun 30]; 4:. Available from: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/4/1/5>.
  9. Santos PQ, Pinheiro CED, Souza ML, Santos ML, Monticelli M, Diniz CSG. Maternal position at birth and the newborn Apgar score: cross-sectional study. *Online Braz J Nurs* [online]. 2009 [cited 2010 Mai 06]; 8:[10 p.]. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2517/html\\_40](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2517/html_40).
  10. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região sul do Brasil. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 609-15.
  11. Simões SMF, Jesus DV, Boechat JS. Childbirth and assistance: a quantitative study. *Online Braz J Nurs* [online]. 2007 [cited 2010 Mai 20]; 6(2): [14 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.879/211>.
  12. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 Ago; 24(8):1859-68.
  13. Brüggemann OM, Knobel R, Siebert ERC, Boing AF, Andrezzo KFA Parto vertical em hospital Universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009 Abr-Jun; 9(2):189-96.
  14. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Latino-am Enfermagem* 2010 May-Jun; 18(3):390-7.
  15. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP.* 2006 Jun; 40(2):274-9.
  16. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007 Jun; 23(6):1349-59.
  17. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005 Sep-Dec; 10(Sup):221-30.
  18. Hotinsky SN, Rattner D, Vanancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública.* 2002 Set-Out; 18(5):1303-11.
  19. Tronchin DMR, Melleiro MM, Tsunehiro MA, Gualda DMR. O olhar dos usuários de um hospital de ensino: uma análise da qualidade assistencial às gestantes e aos recém-nascidos. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jul-Set; 15(3):401-8.
  20. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva (CH): WHO; 1996.
  21. World Health Organization. Making pregnancy safer - the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM, and FIGO. Geneva (CH): WHO; 2004.
  22. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005: altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União.* 8 Abr 2005; Seção 1:1.
  23. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009 Jan-Mar; 9(1):59-67.
  24. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2005 Ago; 39(4):646-54.
  25. Hodnet ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May; 186(5 Suppl):S160-72.
  26. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jul-Set; 16(3):479-87.

Correspondência: Odaléa Maria Brüggemann  
Departamento de Enfermagem  
Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
88040-970 - Campus Universitário - Trindade, Florianópolis,  
SC, Brasil  
E-mail: [odalea@ccs.ufsc.br](mailto:odalea@ccs.ufsc.br)

Recebido: 11 de março de 2011  
Aprovação: 20 de setembro de 2011

## ANEXO B – FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



### FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU/UFSC



Na maternidade HU/UFSC acredita-se que:

1. em se prestando assistência, se ensina;
2. é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.
3. a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido - puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento.
4. na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação.
5. o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
6. a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher - RN - família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
7. as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe - RN - família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
8. a equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
9. todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;
10. a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;
11. o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
12. a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.



## ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N ° 263/07

## I – Identificação:

- Título do Projeto: **“A filosofia da maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos”**
- Pesquisador Responsável: Dra. Odaléa Maria Brüggemann
- Pesquisador Principal: Dra. Marisa Monticelli
- Data Coleta dados: Início: a partir da aprovação do CEP Término previsto: dezembro de 2009.
- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital Universitário da UFSC

## II - Objetivos:

Objetivo Geral: Avaliar a implementação da filosofia da maternidade do HU/UFSC sob a ótica dos profissionais, acadêmicos e usuários.

Objetivos Específicos:

- Identificar a visão dos profissionais que atuam na maternidade a respeito da implementação da filosofia da atenção.
- Conhecer a visão dos acadêmicos que estudam na maternidade a respeito da implementação da filosofia da atenção
- Identificar a visão dos usuários da maternidade a respeito da implementação da filosofia da atenção.
- Contrastar a visão de profissionais, acadêmicos e usuários acerca de todos os aspectos levantados quanto à implementação da filosofia da maternidade.

III – Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. A filosofia de atenção à saúde é resultado de toda uma reflexão levada a termo durante aproximadamente dez anos( de 1980 a 1990) no Hospital Universitário da UFSC.

Conforme esclarece o projeto, a idéia era definir com clareza algumas linhas mestras que pudessem amparar a idéia de inclusão e humanização da assistência. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um TCLE bem elaborado. O projeto, ademais, está em consonância com os demais princípios bioéticos, tais como da beneficência, não-maleficência e justiça.

**IV – Parecer final:**

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.

**Aprovado**

Data da reunião: 01 de Outubro de 2007.



Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.